

DIABETESPOTILAIEN HOITOON SITOUTUMISEN JA ELÄMÄNTAPAMUUTOSTEN TUKEMINEN APTEEKISSA

Miia Tyyskä
Pro gradu -tutkielma
Helsingin yliopisto
Farmasian tiedekunta
Sosiaalfarmasian osasto
Joulukuu 2009

HELSINGIN YLIOPISTO – HELSINGFORS UNIVERSITET – UNIVERSITY OF HELSINKI

Tiedekunta – Fakultet – Faculty Farmasian tiedekunta		Osasto – Sektion – Department Sosiaalfarmasian osasto
Tekijä – Författare – Author Tyyskä Miia Maarit		
Työn nimi – Arbetets titel – Title Diabetespotilaiden hoitoon sitoutumisen ja elämäntapamuutosten tukeminen apteekissa		
Oppiaine – Läroämne – Subject Sosiaalfarmasia		
Työn laji – Arbetets art – Level Pro gradu -tutkielma	Aika – Datum – Month and year Joulukuu 2009	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages 77 s. + 1 liite (3 s.)
<p>Tiivistelmä – Referat – Abstract</p> <p>Diabeetikoiden määrä lisääntyy jatkuvasti. Samalla hoitokulut ovat kasvaneet merkittävästi. Paras tapa hillitä kustannusten kasvua on hoitaa diabetesta mahdollisimman hyvin. Näin voidaan ehkäistä myös diabetekseen liittyvien oheissairauksien syntyä. Diabeteksen hoidossa on tärkeää kiinnittää huomiota hoidon jatkuvuuteen ja potilaan hoitoon sitoutumiseen. Apteekin henkilökunnan asema on noussut yhä keskeisemmäksi diabeetikon hoitoon sitoutumisen edistäjänä.</p> <p>Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena oli selvittää, mikä on apteekin farmaseuttisen henkilökunnan rooli diabetespotilaan hoitoon sitouttamisessa, elämäntapamuutosten toteuttamisessa ja niiden pysyvyyden varmistamisessa. Asiaa tarkasteltiin voimaantumisen teorian näkökulmasta. Tarkoituksena oli selvittää, miten voimaantuminen yksilössä tapahtuu, miten sitä voidaan apteekkineuvonnalla edistää ja mikä on apteekin rooli ulkopuolisena voimaannuttajana.</p> <p>Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty Mäntyharjun Havu apteekissa ja se on osa laajempaa tutkimusta, jonka päätavoitteena on kehittää ja testata apteekkeihin soveltuva yksilökeskeinen toimintamalli tyypin 2 diabeteksen hoidon tukemiseen. Toimintamalli perustuu säännöllisiin neuvontatapaamisiin apteekissa. Pro gradu -tutkielmaan analysoitavaksi valittiin tutkimusjoukosta (n=19) ne, joilla tapahtui apteekkiohjelman aikana eniten positiivisia muutoksia yksilötasolla sekä elämäntapamittareilla mitatuissa arvoissa että kliinisissä parametreissa (n=4). Kvalitatiivisessa analyysissä käytettiin sekä deduktiivista että induktiivista lähestymistapaa.</p> <p>Vaikka diabeetikoilla oli tietoa sairaudesta ja elämäntapojen merkityksestä, niin käytännön tasolla jokainen henkilö kaipasi hoitoon ja erityisesti muutosten toteuttamiseen tukea ulkopuoliselta taholta. Apteekin rooli ulkopuolisena voimaannuttajana koettiin erityisen keskeiseksi. Tapaamiset loivat oikeanlaisen ympäristön ja ilmapiirin elämäntapamuutosten toteuttamiseen ja voimaantumisprosessin etenemiseen. Voimaantuminen ruokavaliomuutoksiin oli koko intervention aikana melko nousujohteinen prosessi. Sen sijaan voimaantuminen liikunnalliseen elämäntapaan oli aaltoilevaa. Apteekkitapaamiset sosiaalisena tapahtumana paransivat asiakkaan hoitoon sitoutumista. Asiakas koki, että häntä kohdellaan yksilönä kokonaisvaltaisesti.</p> <p>Voimaantuakseen yksilö tarvitsi aikaa. Vuoden mittaisen intervention aikana voitiin saavuttaa pysyviä muutoksia elämäntapoihin, mikäli yksilöllä itsellään oli halu ja motivaatio sitoutua tukiohjelman. Tämä tutkimus osoitti, että tämänkaltaista apteekkiohjelmata tarvitaan. Nykyisessä kiireyhteiskunnassa ihmiset arvostavat, jos jollakin on aikaa paneutua yksilöönsä ja hänen sairautensa hoitoon kokonaisvaltaisesti.</p>		
<p>Avainsanat – Nyckelord – Keywords</p> <p>Tyypin 2 diabetes, voimaantuminen, elämäntapamuutos, hoitoon sitoutuminen, yksilöllinen neuvonta, apteekki, farmaseuttinen hoito</p>		
<p>Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited</p> <p>Sosiaalfarmasian osasto</p>		
<p>Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information Ohjaajat: Professori, FaT Marja Airaksinen, Helsingin yliopisto; Apteekkari, tohtorikoulutettava Stina Parkkamäki, Mäntyharjun Havu apteekki</p>		

HELSINGIN YLIOPISTO – HELSINGFORS UNIVERSITET – UNIVERSITY OF HELSINKI

Tiedekunta – Fakultet – Faculty Faculty of Pharmacy		Osasto – Sektion – Department Division of Social Pharmacy
Tekijä – Författare – Author Tyyskä Miia Maarit		
Työn nimi – Arbetets titel – Title Community Pharmacist's Adherence and Life Style Support to Patients with Diabetes 2		
Oppiaine – Läroämne – Subject Social Pharmacy		
Työn laji – Arbetets art – Level Master's thesis	Aika – Datum – Month and year December 2009	Sivumäärä – Sidoantal – Number of pages 77 p. + 1 annex (3 p.)
<p>Tiivistelmä – Referat – Abstract</p> <p>The number of diabetics is constantly increasing in Finland. At the same time, treatment costs are remarkably growing. The best way to limit the rise of the costs is to treat diabetes as well as possible. It is also the way to prevent secondary disorders related to diabetes. In the treatment, it is important to focus on the continuity of care and adherence. Community pharmacies can play an essential role in promoting adherence.</p> <p>The purpose of this study was to explore what kind of role community pharmacist can play in supporting successfully adherence and sustainable life style changes of patients with diabetes 2. Empowerment was used as a theoretical framework of the study. The purpose was to find out how individuals are empowered, how empowerment can be promoted by regular counselling sessions in the community pharmacy and what is the role of the pharmacist as an external empowerer.</p> <p>The data for this study were collected in the Mäntyharju Havu Pharmacy and it is a part of a larger study to develop and test a feasible patient-oriented procedure for supporting the treatment of type 2 diabetes. Four patients out of 19 with the most positive changes during the 1-year pharmacy program as measured by life style and clinical indicators were selected for this study. Both deductive and inductive approaches were used in the qualitative analysis of the data.</p> <p>Although the diabetics had knowledge on the disease and on the significance of the life style changes, they wanted to have external support for the treatment and for making actual changes in their life style. The role of the pharmacy as an external empowerer was considered to be extremely important. The regular counselling sessions set the right kind of environment and atmosphere for implementing life style changes and for the empowerment process to progress. During the entire intervention, dietary changes progressed fairly steadily, while the progress with physical exercise was less steady. Counselling sessions in the pharmacy also improved adherence to treatment. The participants felt they had been treated as individuals in a holistic way.</p> <p>Diabetes patients need time and special attention as individuals to become empowered. During the 1-year intervention, it is possible to achieve sustainable life style changes, if the individual had the will and motivation to commit to the support program. The study indicates that a community pharmacy program like this is needed. In the modern hectic society people appreciate it if someone takes the time to concentrate on them as individuals and takes a holistic view on their treatment.</p>		
Avainsanat – Nyckelord – Keywords Type 2 diabetes, empowerment, lifestyle change, adherence, patient counselling, community pharmacy, pharmaceutical care		
Säilytyspaikka – Förvaringställe – Where deposited Division of Social Pharmacy		
Muita tietoja – Övriga uppgifter – Additional information Supervisors: Professor, Ph.D. Marja Airaksinen, University of Helsinki; Ph.D. Candidate, M.Sc.(Pharm.), Stina Parkkamäki, Mäntyharju Havu Pharmacy		

ESIPUHE

En olisi työni alkaessa uskonut, että paneudun näin henkilökohtaisella tasolla aiheeseeni. Ei, en ehkä niinkään diabetekseen vaan käyttämäni teoriaan, voimaantumiseen. Gradumatkani aikana sain itsekin kokea voimaantumisprosessin. Päämäärä, jota tavoittelin, oli selkeä jo alusta lähtien: pro gradu ja proviisorin tutkinto. Omien kykyjen ja taitojen kanssa sukelsin välillä toden teolla ja välistä omat voimavarat sai taas tuntea valtaviksi. Melkoista aaltoilua! Aallonpohjalta minut pelastivat suurenmoiset työni ohjaajat professori Marja Airaksinen ja apteekkari Stina Parkkamäki. Kun omat taidot olivat solmussa, teidän asiantuntevan, kannustavan ja empaattisen ohjauksen ansiosta pystyin taas jatkamaan ja kiittämään aallonharjalla. Te olitte ne ulkoiset voimaannuttajat! Lämpimät kiitokset teille!

Ohjaajien lisäksi oikeanlaisen ympäristön ja ilmapiirin gradumatkalle loivat kaikki läheiset ihmiset. Kiitos äiti, sinä uskoit aina minuun, silloinkin, kun oma usko horjui. Sinulta olen eväät elämän matkalleni saanut: Ikinä ei pidä antaa periksi, unelmiin täytyy voida uskoa. Jonain päivänä ne toteutuvat! Kiitos perheeni, ilman teitä minulla ei olisi mitään. Aviomieheni Vesku, rakkaat tyttäreni Helmi ja Hertta: Te olette kaikki! Lämmin kiitos myös kaikille lähimmäisille ja ystäville, teidän tukemana mahdottomasta on tullut mahdollinen. Suurien tunteiden kautta: Tähän on tultu. Matkan myötä uskon, että mikä tahansa on mahdollista. Unelmilla todellakin on siivet ja ne kantavat...

Anjalassa 1.12.2009

Miia Tyyskä

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ

ENGLISH SUMMARY

ESIPUHE

I	KIRJALLISUUSKATSAUS	1
1	JOHDANTO	1
1.1	Hoitoon sitoutuminen.....	1
1.2	Farmaseuttinen hoito	5
1.3	Omahoito.....	5
1.4	Aiemmin tehdyt tutkimukset.....	6
1.4.1	Diabetes Prevention Study (DPS).....	7
1.4.2	Diabetes Prevention Program (DPP)	10
1.5	Aiemmin tehdyt tutkimukset, joissa farmaseuttinen interventio.....	12
1.5.1	Asheville Project.....	13
1.5.2	Patient Self-Management Program (PSMP).....	14
1.6	Farmaseuttinen hoito ja voimaantuminen	15
2	TEOREETTINEN TAUSTA.....	17
2.1	Voimaantumisprosessi	17
2.2	Voimaantumista tukevat tekijät.....	21
2.3	Voimaantunut ihminen.....	22
II	EMPIIRINEN OSA	23
3	TAVOITE	23
4	AINEISTO JA MENETELMÄT	23
4.1	Hunajaprojekti.....	25
4.2	Diabeteksen omahoidon tuen kehittäminen Mäntyharjulla.....	26
4.3	Tutkimukseen osallistujien rekrytointi.....	26
4.4	Tutkimusasetelma	27
4.5	Iltatilaisuudet.....	27
4.6	Apteekkitapaamiset.....	28

4.6.1	Apteekkitapaamisten sisältö	29
4.6.2	Käytetyt mittarit	31
4.7	Laadullisen aineiston analyysi	32
4.7.1	Voimaantumisanalyysiin valitut	32
4.7.2	Laadullisen aineiston analyysimenetelmä	33
5	TULOKSET	35
5.1	Elämäntavat	35
5.1.1	Voimaantuminen ruokavalioon	35
5.1.2	Voimaantuminen liikuntaan	41
5.2	Voimaantuminen lääkehoitoon ja oma hoito	45
5.3	Oma ja muiden suhtautuminen sairauteen	49
5.4	Sosiaalisen kanssakäymisen merkitys	52
5.5	Voimaantunut ihminen	54
5.6	Muita yleisiä havaintoja tutkimuksesta	55
6	TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA	57
6.1	Kvalitatiivinen haastatteluaineisto	58
6.2	Aineiston edustavuus	59
6.3	Kvantitatiivinen aineisto	59
6.4	Tutkimuksen toteutus	61
6.5	Tutkimuksen luotettavuus	61
6.5.1	Validiteetti	62
6.5.2	Reliabiliteetti	62
6.6	Tulosten pohdinta	64
6.7	Jatkotutkimukset	68
7	JOHTOPÄÄTÖKSET	69
	KIRJALLISUUSLUETTELO	71

LIITTEET

I KIRJALLISUUSKATSAUS

1 JOHDANTO

Tyypin 2 diabeteksen yleistyminen on todellinen ja vakava kansanterveyshaaste niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa (Diabetesliitto 2004). Diabetesta esiintyi 171 miljoonalla ihmisellä vuonna 2000 ja on ennustettu, että diabeetikkojen määrä nousee 366 miljoonaan vuoteen 2030 mennessä (Wild ym. 2004). Suomessa diagnosoituja diabeetikoita on noin 300 000 ja tietämättään tautia sairastavia arvellaan olevan 200 000 (Koponen ja Väistö 2009). Diabeteksen esiintyvyyden lisääntymisen katsotaan johtuvan väestön ikääntymisestä, lisääntyneestä ylipainosta, epäterveellisestä ruokavaliosta ja elämäntavoista, jotka sisältävät vain vähän fyysistä liikuntaa (World Health Organization 2003; Mehuys ym. 2008).

Diabeteksen esiintyvyyden voimakkaan lisääntymisen vuoksi myös taudin aiheuttama terveydellinen ja taloudellinen taakka on suuri ja kasvaa jatkuvasti (WHO 2003). Mikäli tyypin 2 diabeteksen yleistymistä ei ehkäistä, diabeteksen ja sen lisäsairauksien vuotuiset hoitokustannukset saattavat nousta Suomessa 505 miljoonasta eurosta jopa 841 miljoonaan euroon vuoteen 2010 mennessä (Diabetesliitto 2004). Sen vuoksi on erittäin tärkeää, että diabeteksen hoidossa kiinnitetään huomiota hoidon jatkuvuuteen ja potilaan hoitoon sitoutumiseen. Tässä tehtävässä apteekin rooli voisi tulevaisuudessa olla entistä suurempi. Vaikka diabeteshoidon taso on Suomessa kansainvälisesti vertailtuna suhteellisen hyvä, myös meillä on vielä matkaa hoidolle asetettuihin tavoitteisiin (Finnish Office for Health Technology Assessment (FinOHTA) 2000).

1.1 Hoitoon sitoutuminen

Hoitoon sitoutumiselle (adherence) on löydettävissä useita erilaisia määritelmiä. WHO (2003) on yhdistänyt Haynesin (1979) ja Randin (1993) määritelmät käsitteestä näin: ”Hoitoon sitoutumista on se, miten henkilön käyttäytyminen - lääkkeiden ottaminen, ruokavalion noudattaminen ja/tai elämäntapojen muuttaminen – vastaa terveydenhuollon henkilön kanssa yhdessä sovittuja ohjeita.” Erityisesti nykyisin

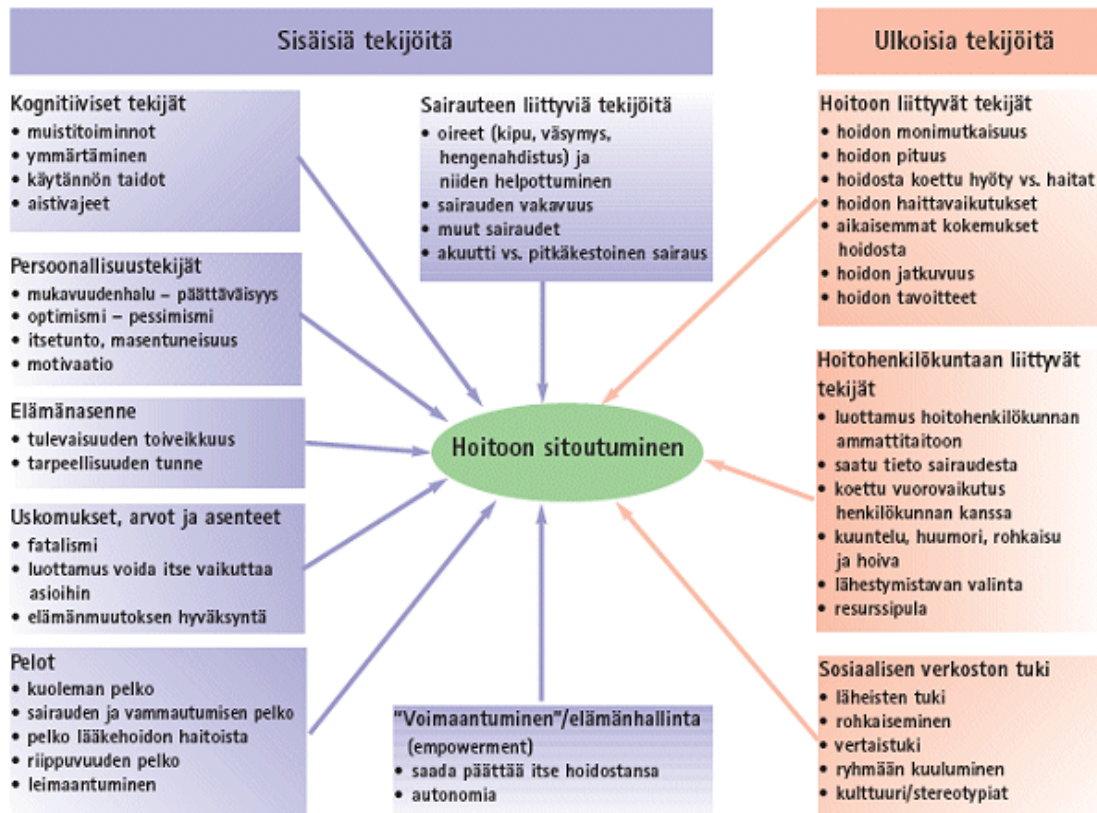
korostetaan sitä, että hoitoon sitoutuminen on eri asia kuin hoitomyöntyvyys (komplianssi) (Savikko ja Pitkälä 2006). Hoitomyöntyvyydestä puhuttaessa on sillä tarkoitettu sitä, että potilas tottelee ja tekee kuuliaisesti niin kuin lääkäri tai muu terveydenhuollon työntekijä käskää. Hoitoon sitoutumisessa potilas on samaa mieltä suosituksista ja hän on aktiivisessa roolissa omassa hoidon suunnittelussaan (WHO 2003; National Institute for Health and Clinical Excellence 2009). Potilaan ja terveydenhuoltohenkilöstön välille muodostuu hyvä kommunikaatiosuhde, joka on ehdoton edellytys käytännön työn onnistumiselle.

Diabetespotilaiden huono hoitoon sitoutuminen johtaa lisäongelmiin ja ylimääräisiin terveydenhuollon kuluihin, jotka olisi mahdollista välttää (WHO 2003; National Institute for Health and Clinical Excellence 2009; New England Healthcare Institute 2009). WHO toteaa raportissaan, että Euroopassa vain 28 % diabetespotilaista on hyvässä hoitotasapainossa, kun tarkastellaan diabeetikoiden sokeriarvoja. Yhdysvalloissa vain alle 2 % aikuisdiabeetikoista noudattaa täysin Amerikan diabetesyhdistyksen laatimia hoitosuosituksia. Hoito-ohjeiden laiminlyönti on merkittävin syy diabeteksen komplikaatioiden ja liitännäissairauksien syntyyn ja tästä koituu kuluja niin yksilölle itselleen kuin yhteiskunnallekin.

Tyypin 2 diabeteksessa hyvän hoitotasapainon saavuttaminen edellyttää monipuolista hoitoa (WHO 2003). Hoidon kulmakivinä ovat oikea lääkkeiden käyttö, veren sokerin seuranta kotona, oikea ruokavalio, liikunta, säännöllinen jalkahoito ja silmänpohjan tutkimukset. Nykyisin potilaan omahoidolla on keskeinen osuus diabeteksen hoidossa. Sillä tarkoitetaan, että potilas seuraa aktiivisesti ympäristönsä ja elimistönsä muutoksia ja mukauttaa vastaavasti diabeteksen hoitoa, ja pystyy tätä kautta säilyttämään metabolisen tasapainon ja vähentämään komplikaatioiden todennäköisyyttä. Olennaisena osana oma hoitoon kuulukin kotona tehtävä veren tai virtsan sokerin seuranta, ruokamäärän ja erityisesti hiilihydraattien sovittaminen vastaamaan päivän tarvetta ja käytettävän insuliinin määrää, lääkkeiden ottaminen, säännöllinen liikunta, jalkojen hoito ja säännölliset seurantakäynnit.

WHO (2003) ja New England Healthcare Institute (2009) esittävät raportissaan seikkoja, jotka vaikuttavat potilaan hoitoon sitoutumiseen tyypin 2 diabeteksen hoidossa

(Kuva 1). Tekijät, joiden on arveltu korreloivan hoitoon sitoutumiseen, ovat hoidon ja sairauden ominaispiirteet, yksilön sisäiset tekijät, yksilöiden väliset tekijät ja ympäristötekijät. On esitetty, että mitä monimutkaisempaa hoito on, sitä epätodennäköisempää on myös hoito-ohjeiden noudattaminen. Esimerkiksi kerran päivässä tapahtuva annostelu toteutui paremmin kuin kolme kertaa päivässä tapahtuva lääkkeen ottaminen. Samoin potilaat, joilla oli vain yksi lääkitys, sitoutuivat hoitoonsa paremmin kuin he, joilla oli käytössä useampi lääke. Taudin kestolla ja hoitoon sitoutumisella taas näytti olevan kääntäen verrannollinen suhde, eli mitä kauemmin potilas oli sairastanut diabetesta, sitä pienempi oli todennäköisyys, jolla hän oli sitoutunut hoitoonsa. Yksilön sisäisillä tekijöillä WHO tarkoittaa ikää, sukupuolta, itsetuntoa, tehokkuutta, stressiä, masentuneisuutta ja alkoholin väärinkäyttöä ja näillä on todettu olevan yhteyttä hoitoon sitoutumiseen. Yksilöiden välisillä tekijöillä puolestaan tarkoitetaan potilaan ja hoidon tarjoajan välisen suhteen laatua ja sosiaalista tukea. Nämä kaksi elementtiä korreloivat hoitoon sitoutumiseen. Kun potilaan ja lääkärin välinen kommunikaatiosuhde on kunnossa, myös potilaan suhtautuminen hoitoon sitoutumiseen on kunnossa. Tyypin 2 diabetesta sairastavista potilaista ne, jotka arvioivat kommunikaation huonoksi, sitoutuivat muita merkitsevästi huonommin lääkehoitoon ja verensokerin seurantaan.



Kuva 1. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä (Savikko ja Pitkälä 2006).

Diabetespotilas kärsii yleensä myös muista samanaikaisista sairauksista, jotka tekevät hoidon entistä monimutkaisemmaksi (WHO 2003). Diabeteksen kanssa esiintyviä tavallisia sairauksia ovat verisuonisairaudet (sepelvaltimotauti, aivoverenkiertohäiriöt, jalkojen verenkiertohäiriöt), nefropatia, retinopatia, neuropatia, lihavuus ja masennus (Ikihyvä Päijät-Häme 2002; WHO 2003). Myös näiden tautien hoitoa laiminlyödään usein, mikä edelleen lisää huonojen hoitotulosten todennäköisyyttä. Elintapamuutokset eivät Suomessakaan ole toteutuneet toivotulla tavalla tyypin 2 diabeetikoilla (Kansanterveyslaitos 2008). Peräti viidenneksellä verensokeritasapaino on huonosti hoidossa ja suurin osa tyypin 2 diabeetikoista ei ole LDL-kolesterolin tai verenpaineen suhteen hoitotavoitteessa.

Useiden tutkimusten mukaan diabetesta ja sen liitännäissairauksia voidaan tehokkaasti ehkäistä ja hoitaa elämäntapamuutoksien avulla (Pan ym. 1997; Tuomilehto ym. 2001; Knoewler ym. 2002; Cranor ym. 2003; Garrett ja Bluml 2005). Yhä enenevässä määrin tähän työhön on otettu mukaan apteekin henkilökuntaa ja apteekin farmaseuttista neuvontaa pidetään hyvin tärkeänä tekijänä hoitoon sitouttamisessa (New England

Healthcare Institute 2009). Myös WHO:n raportti tähdentää apteekin keskeistä roolia hoitoon sitoutumisen edistäjänä, koska apteekkihenkilökunnalla on keskeinen asema väestön neuvomisessa ja lääkkeitä koskevan tiedon tarjoamisessa. Apteekin henkilökunta pystyy myös seuraamaan hoidon onnistumista ja tunnistamaan ongelmia yhdessä muiden terveydenhuollon henkilöiden sekä potilaiden kanssa. Osa farmasistien ammatillisesta vastuusta onkin tuottaa oikeaa, puolueetonta ja kattavaa apteekkipalvelua, johon kuuluvat sekä hyvän terveyden ja elämänlaadun varmistaminen että sairauden välttäminen.

1.2 Farmaseuttinen hoito

Osana hoitoon sitoutumisen parantajana voidaan pitää myös farmaseuttista hoitoa (WHO 2003). Sen tavoitteena on optimoida potilaan terveyteen liittyvä elämänlaatu ja saavuttaa hyviä hoitotuloksia (Hepler ja Strand 1990). Tähän tavoitteeseen pyritään pääsemään opettamalla lääkkeiden käyttöä potilaalle tai hänen sairaudestaan huolehtivalle henkilölle, käymällä läpi potilaan lääkehistoriaa, seuraamalla jatkuvasti hoitoa, tekemällä havaintoja mahdollisista haittavaikutuksista ja seuraamalla pystyykö potilas ottamaan lääkkeensä oikein ja noudattamaan annettuja ohjeita. Farmasisteilla on mahdollisuus estää ja pysäyttää yhteisvaikutukset, sekä havainnoida ja minimoida haittavaikutukset ja seurata lääkehoidon tehoa sekä ohjata elintapoja parhaan hoitotuloksen saavuttamiseksi.

1.3 Omahoito

Diabeetikon omahoidolla on tärkeä osuus sairauden hoidossa (WHO 2003). Esimerkiksi henkilön itse suorittaman sokeriarvojen seurannan tiedetään motivoivan sekä sitouttavan diabeetikkoa oman sairautensa hoitoon. Omahoidolla tarkoitetaan siis henkilön omaa aktiivista toimintaa sairautensa hyväksi. Omahoidon onnistumiseksi diabeetikko tarvitsee kuitenkin usein ulkopuolista tukijaa, jolloin mm. apteekin farmasisti voi tukihenkilönä toimiessaan, olla yhdessä asiakkaan kanssa suunnittelemassa ja räätälöimässä juuri hänelle sopivaa hoitoa (Routasalo ja Pitkälä 2009). Omahoidon tukemisessa pyritään asiakkaan kanssa yhdessä saavuttamaan paras mahdollinen elämänlaatu sairaudesta huolimatta (Routasalo ym. 2009). Näin aiemmin

vallalla ollut paternalistinen malli on muuttunut kumppanuus- ja valmentajamalliksi. Kumppanuussuhteessa ammattihenkilö ja asiakas jakavat vastuun hoidon onnistumisesta ja sitoutuminen hoitoon on jaksottaista. Valmentajasuhteessa vastuu hoidosta kannetaan myös yhdessä, mutta asiakas itse loppu kädessä päättää, noudattaako hän annettuja ohjeita. Valmentajasuhteessa hoidon tulos on kuitenkin pysyvin ja hoitosuhteen edetessä asiakas voimaantuu, uskoo kykyihinsä ja haluaa jatkaa eteenpäin omaksumillaan tavoilla. Näiden molempien potilaslähtöisten toimintamallien voidaan nähdä toteutuvan myös tämän tutkielman apteekki-interventiossa. Erityisesti he, jotka menestyvät tässä diabetesohjelmassa voidaan ajatella olleen onnistuneessa valmentajasuhteessa.

1.4 Aiemmin tehdyt tutkimukset

Koska tässä tutkielmassa käsiteltävää aihetta ei ole aiemmin tutkittu voimaantumisen näkökulmasta, on tämän kirjallisuuskatsauksen artikkelit haettu kolmesta eri näkökulmasta, jotka liittyvät keskeisesti tähän tutkimukseen. Kirjallisuusosuudessa aihetta käsitellään keskeisten kansainvälisten artikkelien pohjalta, jotka keskittyvät elämäntapamuutoksiin, voimaantumiseen ja tehostettuun neuvontaan. Katsaus on laadittu Medline- ja PubMed-tietokannoista haetuista artikkeleista. Hakusanoina toimivat: type 2 diabetes, empowerment, lifestyle change, adherence, individual counseling, patient counseling, community pharmacy, pharmaceutical care, self-management, adherence support by community pharmacist, long term treatment ja näiden eri yhdistelmät.

Suomessa toteutettu Diabetes Prevention Study (DPS) on ensimmäinen kansallisella tasolla valmistunut tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma maailmassa (Tuomilehto ym. 2001). Elämäntapamuutosten osalta tämä tutkimus on lajissaan klassikkotutkimus, sillä kirjallisuuskatsauksen artikkeleihin perehtyessä saattoi huomata, että hyvin moni käytti tätä suomalaisten tutkimusta tärkeänä lähdeartikkelina. Tutkimuksessa osoitettiin, että elintapoja korjaamalla pystytään diabetesriskiä alentamaan merkitsevästi. Tehostetulla ravinto- ja liikuntaohjauksella diabetesriski aleni 58 % interventioryhmässä. Samankaltainen tutkimus Diabetes Prevention Program (DPP) on tehty myöhemmin myös Yhdysvalloissa (Knowler ym. 2002). Tulokset olivat samanlaiset molemmissa

tutkimuksissa. Sekä DPS:ssa että DPP:ssa elämäntapamuutosten neuvonnasta vastasivat terveydenhuollossa toimivat lääkärit, hoitajat, ravitsemusterapeutit ja fysioterapeutit

1.4.1 Diabetes Prevention Study (DPS)

Suomalaisessa diabeteksen ehkäisy tutkimuksessa oli tarkoitus tutkia, voidaanko henkilöillä, joilla on heikentynyt glukoosin sieto vaikuttaa tyypin 2 diabeteksen puhkeamiseen tai viivästyttää sitä, jos heille annetaan elämäntapaohjausta (Tuomilehto ym. 2001). Tutkimus kesti kaikkiaan kuusi vuotta, jossa yhden henkilön seurannan kesto oli 3,2 vuotta.

Tutkimuksessa satunnaistettiin 522 keski-ikäistä ja ylipainoista henkilöä, joilla oli heikentynyt glukoosinsieto (Tuomilehto ym. 2001). Henkilöiden keski-ikä oli 55 vuotta, keskimääräinen painoindeksi BMI (body-mass index) oli 31 ja heistä 172 oli miehiä ja 350 naisia. Tutkimusjoukko jaettiin interventioryhmään ja kontrolliryhmään. Jokainen interventioryhmän jäsen sai yksilöllistä neuvontaa, jonka tarkoituksena oli vähintään 5 %:n painon pudotus, vähentää ravinnosta saatavan rasvan osuutta alle 30 %:iin ravinnon kokonaiskalorimäärästä, vähentää tyydyttyneiden rasvojen osuutta alle 10 %:iin, lisätä kuitujen osuutta ruokavaliossa vähintään 15 grammaan jokaista 1000 kilokaloria kohti sekä lisätä henkilöiden fyysistä aktiivisuutta, niin että vähintäänkin kohtuullista liikuntaa olisi ainakin 30 minuuttia päivässä. Verrokkiryhmäläiset saivat yleistä kirjallista ja suullista terveysneuvontaa liittyen ruokailuun ja liikuntaan aina normaalien, vuosittaisten kontrollikäyntien aikana. Interventioryhmän jäsenet kävivät ravitsemusterapeutin vastaanotolla seitsemän kertaa ensimmäisen vuoden aikana ja tämän jälkeen aina kolmen kuukauden välein. Lisäksi heillä oli mahdollisuus osallistua kuntosaliliikuntaan, ja heitä kannustettiin harrastamaan erilaisia aerobisia liikuntamuotoja sekä lisäämään yleistä arkiaktiivisuutta.

Tutkimuksen alussa sekä vuosittain tämän jälkeen kaikki tutkimukseen osallistujat osallistuivat sokerirasituskokeeseen, sekä heiltä mitattiin verenpaine, veren rasva-arvot, vyötärönympärys ja paino (Tuomilehto ym. 2001). Tutkimuksen ensimmäisen vuoden aikana interventioryhmäläisten paino laski $4,7 \% \pm 5,4 \%$ ($4,2 \pm 5,1$ kg) ja verrokkiryhmäläisten $0,9 \% \pm 4,2 \%$ ($0,8 \pm 3,7$ kg) (Taulukko 1).

Taulukko 1. Muutokset kliinisissä parametreissa ensimmäisen seuranta vuoden jälkeen (Tuomilehto ym. 2001).

VARIABLE	INTERVENTION GROUP (N= 256)		CONTROL GROUP (N= 250)		P VALUE†
	mean ±SD	95% CI	mean ±SD	95% CI	
Change in weight					
In kilograms	-4.2±5.1	-4.8 to -3.6	-0.8±3.7	-1.3 to -0.3	<0.001
Percent change	-4.7±5.4	-5.0 to -4.4	-0.9±4.2	-1.0 to -0.8	<0.001
Change in waist circumference (cm)	-4.4±5.2	-5.1 to -3.9	-1.3±4.8	-1.9 to -0.7	<0.001
Change in plasma glucose (mg/dl)					
Fasting	-4±12	-6 to -2	1±12	0 to 2	<0.001
2 Hr after oral glucose challenge	-15±34	-19 to -11	-5±40	-8 to -2	0.003
Change in serum insulin (μg/ml)					
Fasting	-2±9	-3 to -1	-1±7	-2 to 0	0.14
2 Hr after oral glucose challenge	-29±64	-37 to -21	-11±51	-18 to -4	0.001
Change in serum lipids (mg/dl)‡					
Total cholesterol	-5±28	-8 to -2	-4±28	-7 to -1	0.62
High-density lipoprotein cholesterol	2±7	1 to 3	1±6	0 to 2	0.06
Triglycerides	-18±51	-24 to -12	-1±60	-8 to 6	0.001
Change in blood pressure (mm Hg)§					
Systolic	-5±14	-7 to -3	-1±15	-3 to 1	0.007
Diastolic	-5±9	-6 to -4	-3±9	-4 to -2	0.02

Myös kahden vuoden seurannan jälkeen painonpudotus oli interventioryhmässä merkittävästi suurempaa ($3,5 \pm 5,5$ kg) kuin kontrolliryhmässä ($0,8 \pm 4,4$ kg). Kolmen vuoden kohdalla interventioryhmäläisten paino oli edelleen keskimäärin 3,5 kg matalampi kuin alussa. Tavanomaisen neuvonnan ryhmässä painon pudotus oli 1,0 kg ensimmäisen ja 0,9 kg kolmannen vuoden kohdalla. Samoin vuosittain mitattavat muut kliiniset parametrit (vyötärön ympärys, verenpaine, rasva-arvot ja sokeriarvot) paranivat huomattavasti enemmän interventioryhmän keskuudessa kuin kontrolliryhmässä. Tutkimusryhmän jäsenet raportoivat myös tehneensä enemmän muutoksia ruokavalioonsa ja liikuntatottumuksiinsa (Taulukko 2).

Taulukko 2. Muutokset elämäntavoissa ensimmäisen seuranta vuoden jälkeen (Tuomilehto ym. 2001).

GOAL	INTERVENTION GROUP	CONTROL GROUP	P VALUE†
	% of subjects		
Weight reduction >5%	43	13	0.001
Fat intake <30% of energy intake	47	26	0.001
Saturated-fat intake <10% of energy intake	26	11	0.001
Fiber intake ≥15 g/1000 kcal	25	12	0.001
Exercise >4 hr/wk‡	86	71	0.001

Diabetes diagnosoitiin yhteensä 86 henkilöllä (Tuomilehto ym. 2001). Näistä 27 kuului interventoryhmään ja 59 kontrolliryhmään. Eli keskimäärin 3 %:lla interventoryhmässä ja 6 %:lla verrokkiryhmässä, joilla oli heikentynyt glukoosin sieto, kehittyi diabetes vuoden seurannan aikana. Kahden vuoden seurannan jälkeen diabeteksen esiintyvyys interventoryhmässä oli 6 % ja kontrolliryhmässä 14 %. Neljännen seurantavuoden jälkeen diabeteksen ilmaantuvuus oli tutkimusryhmässä 11 % ja verrokkiryhmässä 23 %. Kaiken kaikkiaan diabeteksen ilmaantuvuus oli 58 % alhaisempi yksilöllistä neuvontaa saaneiden ryhmässä kuin tavanomaista neuvontaa saaneiden ryhmässä.

Tutkimustulokset analysoitiin pisteyttämällä tutkimuksen alussa annetut tavoitteet (Tuomilehto ym. 2001). Kukaan henkilö, joka oli saavuttanut neljä tai viisi tavoitetta ei sairastunut diabetekseen. Sen sijaan heille, jotka eivät saavuttaneet yhtään annettua tavoitetta, kehittyi diabetes 38 %:lle tutkimusryhmässä ja 31 %:lle kontrolliryhmässä. Myös interventoryhmän sisällä ne, joiden paino oli vuoden aikana laskenut alkuperäisestä yli 5 %, oli diabetesriski pienempi kuin niiden keskuudessa, joilla paino oli laskenut vähemmän. Tutkimus osoitti, että henkilöt joilla oli heikentynyt glukoosinsieto, hyötyivät elämäntapamuutoksista ja tyypin 2 diabetes oli ehkäistävissä. Samoin keinoin voidaan alentaa myös sydän- ja verisuonisairauksiin liittyviä riskitekijöitä. Näin elämäntapainterventio on hyödyllinen myös heidän kohdalla, joilla jo on diagnosoitu diabetes, sillä näillä samoilla keinoilla voidaan vaikuttaa diabeteksen liitännäissairauksien syntyyn. Tutkijat olivat myös sitä mieltä, että tutkimuksen alhainen keskeyttämisprosentti (8 %) kertoo siitä, että diabetesriskinsä tiedostaneet henkilöt ovat halukkaita muuttamaan elämäntapojaan ja myös pystyvät siihen, mikäli saavat siihen ohjausta.

Tähän tutkimukseen liittyen on myöhemmin tehty myös laaja seurantatutkimus, jossa kartoitettiin elämäntapamuutosten ja sairastumisriskin vähenemisen pysyvyyttä aktiivisen ohjauksen loppumisen jälkeen (Lindström ym. 2006). Tässä tutkimuksessa seurattiin vielä kolmen vuoden ajan lisää henkilöitä, jotka eivät olleet sairastuneet edellisen tutkimusjakson jakson aikana. Tutkimuksessa todettiin, että elämäntapamuutokset säilyivät suhteellisen hyvin myös intervention päätyttyä ja että

sairastumisriski oli edelleen 36 % pienempi tehostetun ryhmän keskuudessa kuin verrokeilla.

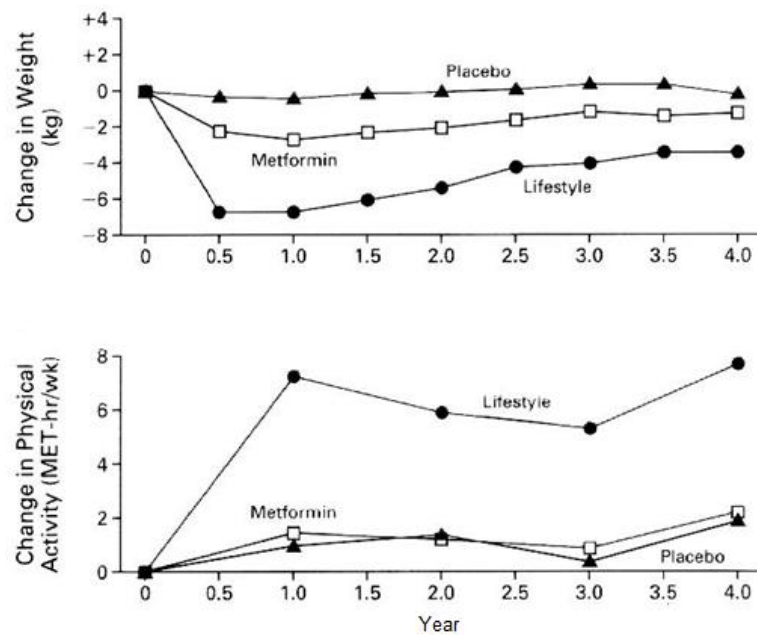
1.4.2 Diabetes Prevention Program (DPP)

Suomalaisten diabeteksen ehkäisy tutkimuksessa ei käytetty lainkaan lääkeaineinterventiota. Sen sijaan Yhdysvalloissa tehdyssä Diabetes Prevention Program -tutkimuksessa oli elämäntapainterventioryhmän lisäksi myös ryhmä, joka sai lääkehoitoa (Knowler ym. 2002). Keskimääräinen seurantajakso oli noin 2,8 vuotta.

Tutkimuksessa satunnaistettiin 3234 henkilöä. Heillä ei ollut diagnosoitua diabetesta, mutta heillä oli kohonnut paastoglukoosiarvo tai heikentynyt glukoosin sieto (Knowler ym. 2002). Henkilöt olivat keskimäärin 51-vuotiaita ja heidän keskimääräinen painoindeksinsä oli 34. Tutkimukseen osallistujista 68 % oli naisia ja 45 % kuului johonkin vähemmistöryhmään. Projektin alussa tutkimusjoukko jaettiin neljään ryhmään. Verrokkiryhmä noudatti tavanomaisia elintapoja ja otti lumelääkkeen kahdesti päivässä. Yksi ryhmä noudatti myös muuten tavanomaisia elintapoja, mutta he ottivat kaksi kertaa päivässä metformiinitabletin. Kolmas ryhmä muodostui henkilöistä, joille annettiin aktiivista, yksilöllistä elämäntapaohjausta. Neljäs ryhmä muodostui henkilöistä, joille annettiin troglitatsoni diabeteslääkettä. Tämä ryhmä kuitenkin lopetettiin tutkimuksen edetessä, koska samaan aikaan saatiin tutkimustuloksia troglitatsonin maksatoksisuudesta.

Elämäntapainterventio ryhmässä tavoitteena oli 7 %:n painonpudotus terveellisen, matalakalorisen ja vähän rasvaa sisältävän ruokavalion avulla (Knowler ym. 2002). Tätä tavoitetta tukemaan asetettiin toiseksi tavoitteeksi myös liikunnan määrän lisääminen vähintään 150 minuuttia viikossa. Ryhmäläiset osallistuivat tutkimuksen ensimmäisen 24 viikon aikana yksilöllisiin tapaamisiin ohjaajan kanssa. Kaikkiaan 16 tuntia kestänyt ohjaus käsitteli ruokavaliota, liikuntaa ja sitä kuinka omassa käyttäytymisessä voidaan edistää ja tehdä muutoksia. Tämän jälkeen henkilökohtaisia tapaamisia oli noin kerran kuussa ja ryhmätapaamisissa keskityttiin vahvistamaan käyttäytymisessä tapahtuvia muutoksia. Kaikkiaan 50 % elämäntapainterventioryhmään kuuluvista onnistui pudottamaan painoaan vähintään 7 % ensimmäisen 24 viikon aikana ja 38 % oli

tavoitteessa tutkimuksen viimeisellä seurantakäynnillä. Liikuntatavoitteeseen ensimmäisen 24 viikon aikana oli päässyt 74 % ja viimeisellä tapaamiskerralla tavoitteessa oli 58 %. Elämäntapainterventoryhmään kuuluvien painonpudotus ja liikunnallisen aktiivisuuden lisääntyminen oli huomattavasti suurempaan kuin metformiini- ja kontrolliryhmäläisillä. Myös sitoutuminen muutoksiin pitkällä tähtäimellä oli selkeästi pysyvämpää, kun aineistoa tarkasteltiin vuosittain aina neljä vuotta eteenpäin (Kuva 2).



Kuva 2. Keskimääräiset painon ja fyysisen aktiivisuuden muutokset ja elämäntapamuutosten pysyvyys neljän vuoden seurannan aikana (Knowler ym. 2002).

Tutkimuksen ensisijaisena päätetapahtuma oli diabetes, jota seurattiin vuosittain tehtävän glukoosirasituskokeen avulla (Knowler ym. 2002). Seurannan aikana diabeteksen esiintyvyys verrokkiryhmässä oli 11,0, metformiiniiryhmässä 7,8 ja elämäntaparyhmässä 4,8 tapausta sataa seurantavuotta kohden (Taulukko 3). Elämäntaparyhmässä sairauden ilmaantuvuus oli 58 % ja metformiiniiryhmässä 31 % alhaisempi verrattuna kontrolliryhmään. Merkittävää oli siis havaita, että elämäntapainterventio osoittautui tehokkaammaksi kuin lääkehoito metformiinilla. Lisäksi tulokset olivat samansuuntaiset sekä naisten ja miesten että eri etnisten ryhmien välillä. Loppupäätelmissä tutkijat totesivat, että elämäntapamuutokset ovat tehokkain

tapa ehkäistä tyypin 2 diabetesta, koska sairauden nopea lisääntyminen johtuu nimenomaan vääristä elämäntavoista.

Taulukko 3. Diabeteksen esiintyvyys eri interventioryhmien välillä (Knowler ym. 2002).

VARIABLE	NO. OF PARTICIPANTS (%)	INCIDENCE			REDUCTION IN INCIDENCE (95% CI)		
		PLACEBO	METFORMIN	LIFESTYLE	LIFESTYLE VS. PLACEBO	METFORMIN VS. PLACEBO	LIFESTYLE VS. METFORMIN
		cases/100 person-yr			percent		
Overall	3234 (100)	11.0	7.8	4.8	58 (48 to 66)	31 (17 to 43)	39 (24 to 51)
Age							
25–44 yr	1000 (30.9)	11.6	6.7	6.2	48 (27 to 63)	44 (21 to 60)	8 (–36 to 37)
45–59 yr	1586 (49.0)	10.8	7.6	4.7	59 (44 to 70)	31 (10 to 46)	41 (18 to 57)
≥60 yr	648 (20.0)	10.8	9.6	3.1	71 (51 to 83)	11 (–33 to 41)	69 (47 to 82)
Sex							
Male	1043 (32.3)	12.5	8.1	4.6	65 (49 to 76)	37 (14 to 54)	46 (20 to 63)
Female	2191 (67.7)	10.3	7.6	5.0	54 (40 to 64)	28 (10 to 43)	36 (16 to 51)
Race or ethnic group							
White	1768 (54.7)	10.3	7.8	5.2	51 (35 to 63)	24 (3 to 41)	36 (14 to 52)
African American	645 (19.9)	12.4	7.1	5.1	61 (37 to 76)	44 (16 to 63)	29 (–18 to 58)
Hispanic	508 (15.7)	11.7	8.4	4.2	66 (41 to 80)	31 (–9 to 56)	51 (13 to 72)
American Indian	171 (5.3)	12.9	9.7	4.7	65 (7 to 87)	25 (–72 to 68)	52 (–35 to 83)
Asian	142 (4.4)	12.1	7.5	3.8	71 (24 to 89)	38 (–55 to 75)	52 (–46 to 84)
Body-mass index							
22 to <30	1045 (32.3)	9.0	8.8	3.3	65 (46 to 77)	3 (–36 to 30)	63 (44 to 76)
30 to <35	995 (30.8)	8.9	7.6	3.7	61 (40 to 75)	16 (–19 to 41)	53 (28 to 70)
≥35	1194 (36.9)	14.3	7.0	7.3	51 (34 to 63)	53 (36 to 65)	–4 (–47 to 26)
Plasma glucose							
In the fasting state							
95–109 mg/dl	2174 (67.2)	6.4	5.5	2.9	55 (38 to 68)	15 (–12 to 36)	48 (27 to 63)
110–125 mg/dl	1060 (32.8)	22.3	12.3	8.8	63 (51 to 72)	48 (33 to 60)	30 (6 to 48)
Two hours after an oral load							
140–153 mg/dl	1049 (32.4)	7.1	4.3	1.8	76 (58 to 86)	41 (11 to 61)	59 (27 to 77)
154–172 mg/dl	1103 (34.1)	10.3	6.6	4.4	60 (41 to 72)	38 (13 to 56)	34 (2 to 56)
173–199 mg/dl	1082 (33.5)	16.1	12.3	8.5	50 (33 to 63)	26 (3 to 43)	33 (9 to 51)

1.5 Aiemmin tehdyt tutkimukset, joissa farmaseuttinen interventio

Edellisiä vastaavia tuloksia saatiin myös Asheville -projektissa (Cranor ym. 2003). Tässä tutkimuksessa diabetespotilaat saivat tukea ja koulutusta hoitoonsa apteekin farmaseuttiselta henkilökunnalta. Viime aikoina on tehty myös paljon monia muita tutkimuksia, joissa on ollut interventiona apteekin tarjoama tehostettu neuvonta neuvonta (Närhi 2001; Garrett ja Bluml 2005; Kiel ja McCord 2005; Krass ym. 2006; McCord 2006; Vivian 2007; Botomino 2008; Mehuys ym. 2008). Näissä kaikissa tutkimuksissa on päädytty tulokseen, jossa todetaan, että apteekilla on merkittävä rooli pitkäaikaisessa hoitoon sitoutumisessa. Kliinisillä mittareilla mitaten interventioryhmissä on aina tapahtunut edistyksellisiä muutoksia.

1.5.1 Asheville Project

Yhdysvalloissa, Asheville'n kaupungissa tehtiin pitkittäistutkimus, jossa haluttiin selvittää diabetespotilaiden keskuudessa tapahtuvia pysyviä sekä kliinisiä että taloudellisia muutoksia, kun apteekissa tarjotaan farmaseuttista tukea sairauden hoidossa (Cranor ym. 2003). Tutkimus kesti viisi vuotta ja siinä oli mukana kaikkiaan 12 apteekkia Asheville'n alueelta. Tutkimuksen interventiona oli tarjota diabeetikoille terveysneuvontaa, pharmaceutical care services (PCS), jonka avulla pystyttäisiin tekemään muutoksia terveellisempien elämäntapojen suuntaan ja tätä kautta saavuttamaan parempi hoitotasapaino ja näin alentamaan sekä sairastuvuutta että kuolleisuutta.

Tutkimuksessa oli mukana kaksi ryhmää (Cranor ym. 2003). Molemmat ryhmät muodostuivat siten, että kaksi eri työnantajaa tarjosi diabeetikotyöntekijöilleen mahdollisuuden osallistua maksuttomaan ns. hyvinvointiohjelmaan. Molemmat ryhmät kävivät läpi samanlaisen ohjelman. Neuvonnan antoi tehtävään erityisesti koulutettu farmaseutti tai proviisori. PCS sisälsi vastaanottokäyntejä farmasistin luona. Käyntien tarkoituksena oli asettaa tavoitteita, sekä valvoa niiden saavuttamista. Lisäksi annettiin yleistä diabeteskoulutusta, jossa mm. harjoiteltiin kotona tapahtuvaa sokeriarvojen mittausta. Yleistä neuvontaa annettiin myös ruokavaliosta ja hoitoon sitoutumisesta. Lisäksi apteekissa mitattiin diabeetikon paino ja verenpaine sekä tarkastettiin jalkojen ja ihon kunto. Tarvittaessa yhteistyötä tehtiin myös lääkäreiden kanssa, jos havaittiin, että esimerkiksi lääkehoitoon tarvittiin muutoksia. Kliinisinä mittareina käytettiin sokeriarvoja ja kolesteroliarvoja, jotka mitattiin tutkimuksen alussa ja aina puoli vuosittain tämän jälkeen. Lisäksi tarkasteltiin muutoksia kustannuksissa, jotka johtuivat joko diabeteksestä tai muista sairauksista.

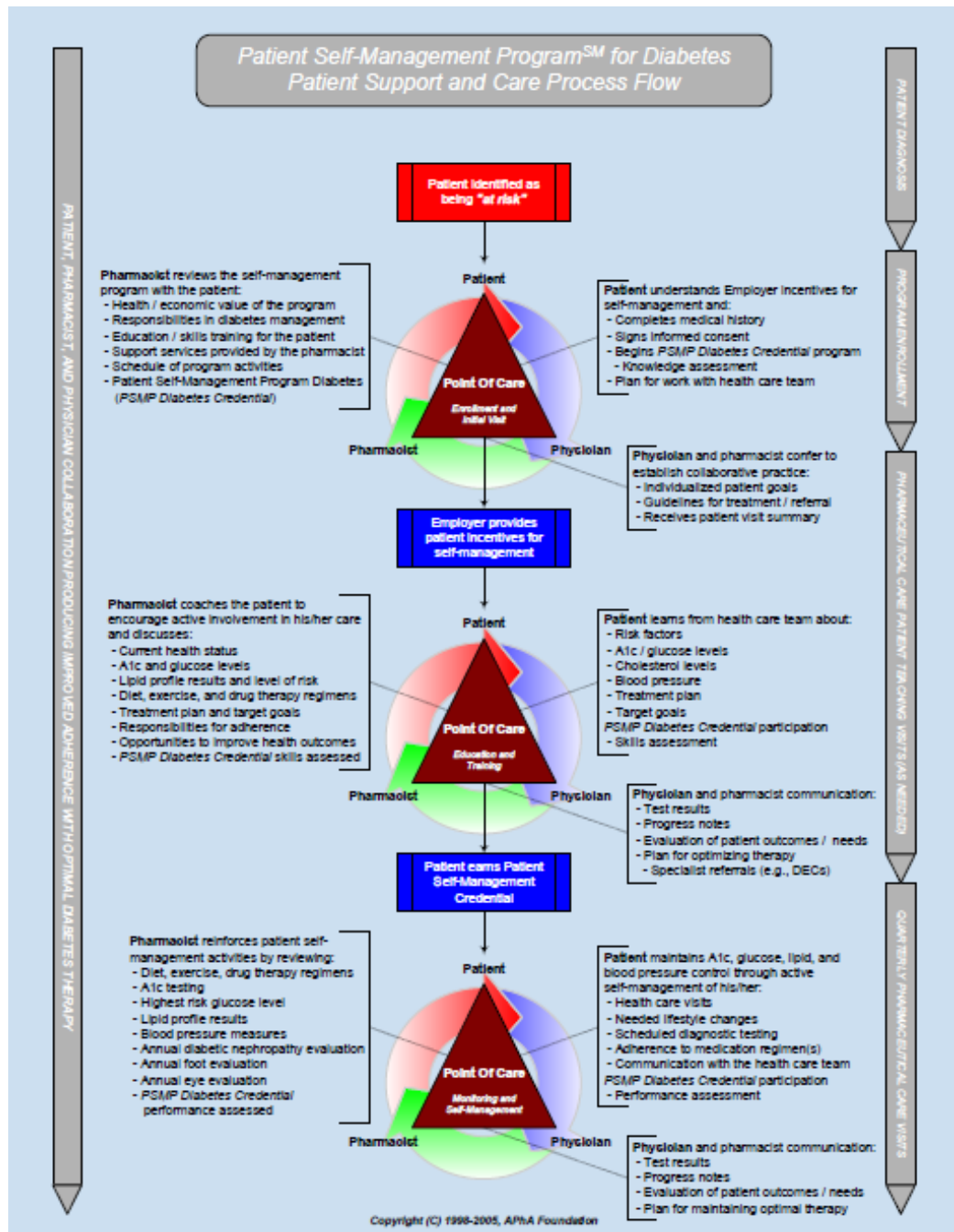
Tutkimuksessa jokaisen seurattavan sokeriarvoissa tapahtui parannuksia (Cranor ym. 2003). Ainakin 50 %:lla oli tapahtunut parannusta sokeri- sekä kolesteroliarvoissa jokaisella seurantakerralla. Tutkimuksessa todettiin, että henkilöt joilla oli ollut korkeat lähtötason sokeriarvot hyötyivät interventioista eniten. Samoin he joilla oli ollut suurimmat sairaanhoitokustannukset tutkimuksen alussa, heidän hoitokulunsa vähenivät eniten seurannan aikana. Myös tutkittavien sairaslomapäivät vähenivät merkittävästi

tutkimuksen aikana. Tutkijoiden loppupäätelmä olikin, että diabeetikot hyötyvät merkittävästi jatkuvasti meneillään olevasta farmaseuttisesta terveysneuvonnasta ja vastaavasti tämä siirtyy myös työnantajan kokemuksiin hyötyihin, kun työntekijöiden sairauskulut ja sairauslomapäivät vähenevät. Tutkijat kokivat apteekin roolin hyvin merkittävänä diabeetikoille, koska diabeetikko asioi usein apteekissa ja tätä kautta apteekin henkilökunta on se osa terveydenhuoltohenkilöstöä, jonka diabeetikko tapaa kaikista useimmin.

1.5.2 Patient Self-Management Program (PSMP)

Patient Self-Management Program (PSMP) oli Yhdysvalloissa diabeetikoille suunniteltu omahoidon tukiohjelma, joka oli seurausta menestyksekkäästä ja paljon siteeratusta Asheville-projektista (Garrett ja Bluml 2005). Toimintamallia haluttiin kehittää ja testata laajemmin. Mukana oli kaikkiaan 80 eri apteekkia ja yhteensä 256 diabeetikkoa. Terveysneuvontaa, pharmaceutical care services (PCS) tarjosivat apteekin, juuri tähän toimintamalliin koulutetut farmasistit. Heidän päämääränään oli valmentaa potilaita onnistuneeseen omahoitoon. Lisäksi toimintamallin tavoitteena oli lisätä farmasistien, lääkäreiden ja muun terveyden huollon henkilöstön välistä yhteistyötä (Kuva 3).

Diabeetikot kävivät farmasistin luona vuoden ajan vähintään kolmen kuukauden välein, tarvittaessa useamminkin (Garrett ja Bluml 2005). Mikäli farmasisti havaitsi laboratorioarvojen muutoksia huonompaan suuntaan tai esimerkiksi lääkityksessä ongelmia, hän ohjasi asiakkaan lääkärin vastaanotolle. Interventiovuoden jälkeen tutkimusjoukon kliinisillä mittareilla mitatut parametrit olivat parantuneet lähtötason arvoista. Samoin asiakkaat kokivat, että tehostetun neuvonnan/valmennuksen jälkeen heillä oli paremmat valmiudet omahoidossa tavoitteiden asettamiseen sekä niiden saavuttamiseen. Lisäksi toimintamallin myötä heidän kiinnostus ylipäättään diabeteksen hoitoa kohtaan oli lisääntynyt.



Kuva 3. Diabetespotilaan omahoito-ohjelman eteneminen (Garrett ja Bluml 2005).

1.6 Farmaseuttinen hoito ja voimaantuminen

Kaikki edellä mainitut tutkimukset keskittyvät apteekin tehostettuun neuvontaan. Tutkimuksissa ei ole analysoitu toimintamallien eli käytettyjen demonstraatioprojektien sisältöä ja sen käytännön toteutusta. Myöskään sitä mitä diabetespotilaassa itsessään yksilötasolla tapahtuu, ei ole tutkittu. Tässä pro gradu -tutkimuksessa on paneuduttu siihen, mikä on apteekin farmaseuttisen henkilökunnan rooli potilaan hoitoon

sitouttamisen onnistumisessa. WHO (2003) on raportissaan todennut, että apteekkarit, proviisorit ja farmaseutit ovat hyvässä asemassa hoitoon sitoutumisen edistäjinä, koska he ovat terveydenhoidon ammattilaisista helpoimmin tavoitettavissa ja juuri heillä on tarvittava lääkkeitä koskeva koulutus. Tarkoituksena on selvittää, miten voimaantuminen tapahtuu ja miten sitä voidaan apteekkineuvonnalla edistää. Siitonen (1999) on väitöskirjatyössään jäsentänyt voimaantumisprosessin neljään eri kategoriaan. Nämä ovat päämäärät, kykyuskomukset, kontekstiuskomukset ja emotiot sekä näiden sisäiset suhteet. Näitä voimaantumisen kriteereitä induktiivisen lähestymistavan lisäksi havainnoidaan myös tässä pro gradu -tutkielmassa.

Apteekin neuvontatyötä, hoitoon sitoutumista ja elämäntapamuutosten onnistumista voimaantumisen näkökulmasta kahdenkeskisissä tapaamisissa on tutkittu vähän. Sen sijaan muun terveydenhuollonhenkilöstön ja voimaantumisen teorian lähestymistapaa on tutkittu enemmän. Ruotsissa vuonna 2007 julkaistun tutkimuksen mukaan voimaantuminen ryhmässä tuotti tuloksen, jossa yhdessä ryhmän avulla luotiin uskoa ja vahvistusta omiin kykyihin pärjätä sairauden kanssa (Adolfsson ym. 2007). Tulosta verrattiin yksilölliseen neuvontaan, joka on hyvin usein diabeetikolla rutiininomainen käynti hoitajan vastaanotolla, jolloin tapaaminen jää pinnalliseksi. Myös Tanskassa on saatu juuri samansuuntaisia tuloksia voimaantumisen avulla saatavasta tietojen ja taitojen syventymisestä diabetespotilailla (Vadstrup 2009). Hollannissa on myös tehty tutkimus, jossa diabetespotilaille tarjottiin sekä yksilöllistä, heidän omien tarpeidensa mukaan räätälöityä neuvontaa että ryhmässä tapahtuvaa koulutusta (Keers ym. 2004). Myös tässä ohjelmassa saatiin tulokseksi, että usein toistuvat tapaamiset motivoivat ja kannustavat diabetespotilasta parempaan hoitoon sitoutumiseen. Useat tutkimukset osoittavat, että juuri voimaantuminen on oivallinen lähestymistapa diabeteksen hoidossa ja hoitoon sitoutumisessa, koska siinä potilas itse on keskeisenä tekijänä ja aktiivisessa roolissa (Panja ym. 2005; Sigurdadóttir ym. 2009). Voimaantumiseen perustuvassa interventiossa mukana olleet diabetespotilaat kokivat, että heidän koko elämänlaatunsa oli intervention aikana parantunut ja samoin heidän kykynsä hallita sairauttaan oli kohentunut (Pibernik-Okanovic ym. 2004; Sigurdadóttir ja Jonsdóttir 2008).

2 TEOREETTINEN TAUSTA

Tässä tutkimuksessa hoitoon sitoutumista ja elämäntapamuutosten toteutumista pyritään tarkastelemaan voimaantumisen (empowerment) -teorian näkökulmasta. Elämäntapaohjauksella tavoitellaan sekä voimaantumista että hoitomyöntyvyyttä (Turku 2007). Voimaannuttavassa elämäntapaohjauksessa korostuu ohjattavan päätöksenteon tukeminen ja itsehoidon mahdollisimman yksilöllinen ohjaus. Voimaantumista tukevan ja asiakasta arvostavan ilmapiirin luominen on ammattilaisen vastuulla. Kaarina Mönkkönen määrittelee kirjassaan Vuorovaikutus, dialoginen asiakastyö voimaantumisen toiminnan sisäisenä itsenäisyytenä, missä ihmiselle jokin toiminta on itsessään palkitsevaa ja luo onnistumisen ja hallinnan tunteen (Mönkkönen 2007). Empowerment- käsitteelle ei suomenkielessä ole yhtä tiettyä vakiintunutta käännöstä (Siitonen 1999). Suomalaisten tutkijoiden käyttämiä termejä ovat mm. voimaantuminen, voimaannuttaminen, voimistaminen, valtauttaminen, valtautuminen, valtaistuminen, voimavaraistuminen, täysivaltaistaminen, vahvistaminen ja voimaistaminen sekä omavoimaistuminen ja omavoimaisuus (Mäkelä 2006; Mäkinen 2008).

2.1 Voimaantumisprosessi

Koska käsitteelle voimaantuminen on käytössä useampia suomennoksia, niin yhtälailla myös tutkijoiden käsityksissä tulkita empowerment-prosessia on eroja (Siitonen 1999). Joidenkin tutkijoiden mukaan voimaantuminen on ihmisestä itsestään lähtevä prosessi, joka edellyttää itsetuntemusta ja halua itsensä kehittämiseen (Rappaport 1987; Siitonen 1999). Voimaa ei siten voi antaa toiselle. Rappaport (1987) määrittelee voimaantumisen prosessina, jonka avulla ihminen saavuttaa oman elämänsä hallinnan. Väitöskirjassaan Siitonen (1999) toteaa, että voimaantuminen eli sisäisen voimantunteen rakentuminen on keskeistä ihmisen hyvinvoinnin, jaksamisen, elämänhallinnan ja toimintakykyisyyden kannalta. Ihminen tunnistaa omat mahdollisuutensa ja rajoituksensa, ottaa vastuun omasta kehityksestään, ja haluaa sekä pystyy toimimaan tavalla, jonka tietää oikeaksi omassa arvomaailmassaan.

Osa tutkijoista on kuitenkin sitä mieltä, että ihmisen voimaantumiseen voidaan vaikuttaa ulkopuolelta ja täten voimaannuttaa yksilöä ulkoisesti (Räsänen 2006). Heikkilä ja Heikkilä toteavat, että voimaantuminen tarkoittaa ihmisen omaehtoista itsensä auttamista, jota voidaan tietoisesti edistää vaikuttamalla ulkoisiin puitteisiin niin, että ne edesauttavat ihmisen muuttumista ja kasvua (Heikkilä ja Heikkilä 2005). Myös Siitonen (1999) on todennut, että voimaantuakseen ihminen tarvitsee kannustavan ilmapiirin ja toimintaympäristön, jossa hän voi kokea toiminnanvapautta, vaikuttamismahdollisuutta, hyväksytyksi tulemistä ja toimintansa merkitykselliseksi kokemista.

Voimaantumisprosessin aikana ihminen opettelee itsensä ja asioiden kontrollia sekä hallintaa (Heikkilä ja Heikkilä 2005). Hänen odotetaan ymmärtävän sosiaalisen tilanteen asettamat rajoitteet ja mahdollisuudet. Onnistuessaan yksilö kehittyy prosessin aikana itsenäiseksi ja riippumattomaksi. Heikkilän ja Heikkilän mukaan voimaantumisprosessin voi rakentaa seuraaville periaatteille:

- 1) Yksityisyys: Jokaisella on käsitys omasta ihmisarvostaan ja yksityisyydestään ja jokaisella on oikeus suojella sitä. Voimaantuminen perustuu jokaisen itsetunnon kehittymisen varaan.
- 2) Osallistuminen: Demokratia vaatii aktiivista osallistumista. Osallistumiskokeilut kertovat, mitkä tekijät auttavat voimaantumaan ja mitkä eivät. Tämän tiedon perusteella yksilö vertailee kokemuksiaan ja alkaa suosia niitä, jotka vahvistavat hänen itsetuntoaan.
- 3) Yhteisö: Kaikki hyötyvät yhteisön hyvinvoinnista. Voimaantumisprosessin avulla löydetään tasapainotila, jossa yksilön ja yhteisön edut toimivat sopusoinnussa.
- 4) Resurssien uusjako: Voimaantuneen yhteisön kaikkien yksilöiden voimaantumista tarvitaan, kukaan ei saa päästä käyttämään ylivaltaa toisten yli.

Voimaantumisprosessissa yksilöllä itsellään on neljä pääkategoriaa (Siitonen1999):

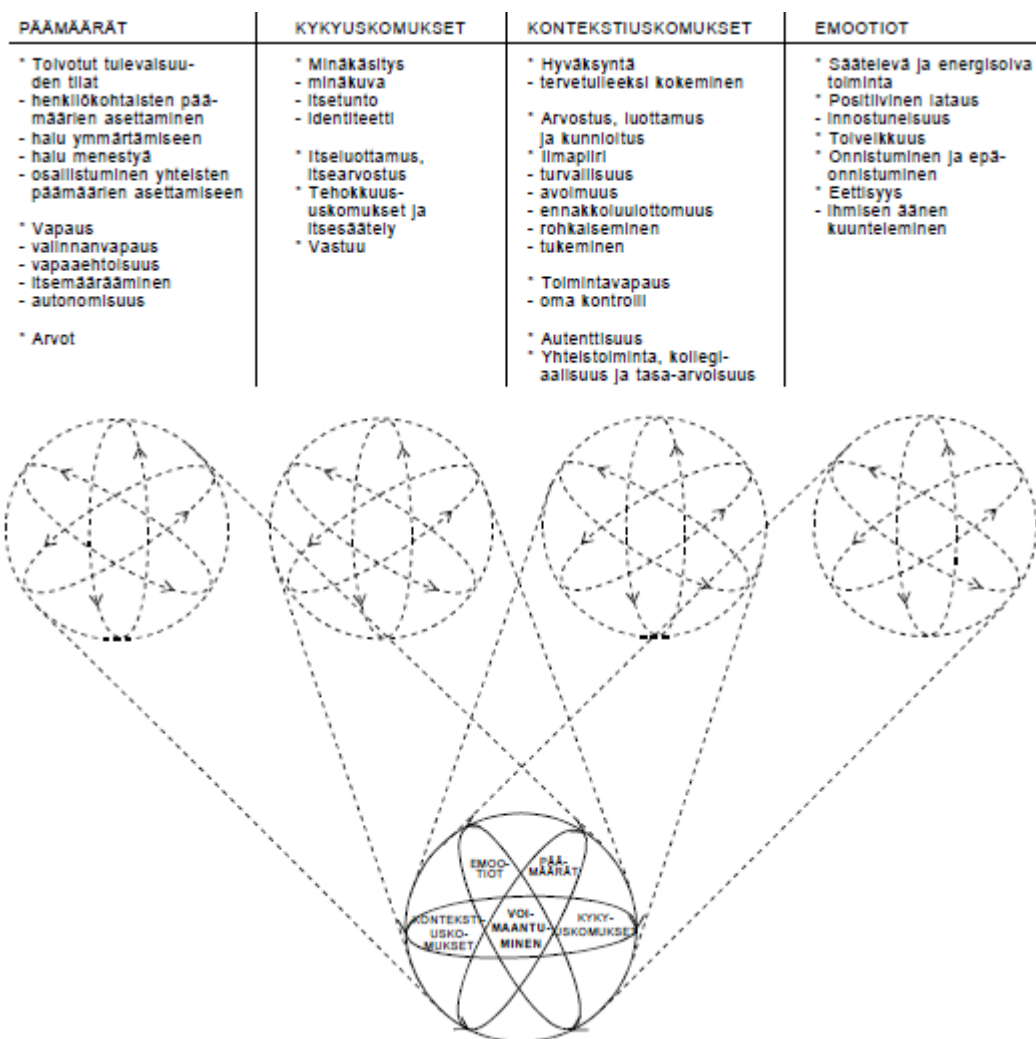
- 1) päämäärät
- 2) kykyuskomukset
- 3) kontekstiuskomukset ja
- 4) emotiot

Päämäärät ovat yksilön henkilökohtaisia toiveita toivotuista tai vältettävistä tuloksista tai tiloista (Siitonen1999). Toivotuissa tulevaisuuden tiloissa ihminen itse saa asettaa itselleen tulevaisuuden unelmia ja tavoitteita. Suurien päämäärien saavuttaminen vaatii usein ensin monien välipäämäärien toteutumista. Välipäämäärät toimivatkin usein energianlähteenä tähän itse asetettuun unelmaan pyrkimisessä.

Kykyuskomuksilla tarkoitetaan sitä, että pelkät tarvittavat taidot, tiedot ja olosuhteet eivät riitä tavoitteen saamiseen, vaan yksilöllä tulee olla myös kyky uskoa siihen, että hänellä on kyvyt ja mahdollisuudet tavoitteen toteuttamiseen (Siitonen1999). Kykyuskomukset arvioivat, onko ihmisellä henkilökohtainen taito toimia tehokkaasti. Kykyuskomuskategoriaan kuuluvat oleellisesti minäkuva, identiteetti ja itsetunto. Minäkäsityksen katsotaan olevan tärkeässä asemassa voimaantumisprosessissa, koska ihmisen käsitys itsestään on yhteydessä siihen, millaisia odotuksia hänellä on tulevaisuudesta ja miten hän kokee omat voimavaransa verrattuna näihin odotuksiin. Lisäksi ihminen arvioi ympäristöään minäkäsityksensä kautta. Hän ottaa vastaan helpommin sellaista informaatiota, joka tukee hänen käsitystään itsestään, mutta hylkää tai torjuu sellaisen tiedon, joka on ristiriidassa hänen oman näkemyksensä kanssa.

Kontekstiuskomukset taas määrittävät onko yksilön toimintaympäristö mahdollistava tehokkaaseen toimintaan (Siitonen1999). Fordin (1992) mukaan ihminen miettii kontekstissaan toimiessaan antaako konteksti mahdollisuuden päämäärän saavuttamiseen, tekeekö konteksti päämäärän saavuttamisen helpommaksi vai vaikeammaksi, voiko hän luottaa, että konteksti tukee ja auttaa siinä, mitä hän yrittää tehdä. Turusen (1997) mukaan ihminen pyrkii toimintaympäristössään jatkuvasti johonkin: esimerkiksi tuloksiin, mielenrauhaan, terveeksi tai menestykseen.

Emootioilla on suuri rooli toiminnan tulosta arvioitaessa (Siitonen 1999). Tunteiden kautta arvioidaan tavoitteiden ja tulosten mahdollistumista. Kokiessaan toimintaympäristönsä mahdollistavaksi yksilö päättää pyrkiä asettamiinsa päämääriin ja haluaa asettaa edelleen uusia päämääriä. Yksilön toiveikkuus ja positiivinen lataus ovat tärkeitä omien voimavarojen vapautumisessa. Tuntiessaan kontekstinsa mahdollistavaksi ja itsensä kykeneväksi saavuttamaan päämäärän, yksilö todennäköisesti löytää tarvitsemansa voimavarat. Kuvassa 4 havainnollistetaan voimaantumisen osaprosessien keskinäistä yhteyttä ja niiden moniulotteisuutta.



Kuva 4. Voimaantumisen osaprosessien keskinäinen yhteys ja moniulotteisuus (Siitonen 1999).

2.2 Voimaantumista tukevat tekijät

Heikko voimaantuminen johtaa heikkoon sitoutumiseen, kun taas vahva voimaantuminen johtaa vahvaan sitoutumiseen (Siitonen 1999). Voimaantuminen ei ole pysyvä tila. Tärkeitä seikkoja, joilla prosessia voidaan kuitenkin tukea, ovat mm. avoin, luottamuksellinen, turvallinen ja tasa-arvoinen yhteistyö. Väitöskirjatyössään Siitonen havaitsi seitsemän kategorian, joihin ydinkäsite sisäinen voimaantunne voidaan jakaa ja jotka ovat merkittäviä onnistuneessa voimaantumisprosessissa. Nämä ovat:

- 1) vapaus
- 2) vastuu
- 3) arvostus
- 4) luottamus
- 5) toimintaympäristö
- 6) ilmapiiri
- 7) myönteisyys

Vapaudella tarkoitetaan esimerkiksi yksilön kokemaa valinnanvapautta, vapaaehtoisuutta ja itsenäisyyttä, jolloin yksilö kokee voivansa kontrolloida toimintaansa. Vastuulla ymmärretään mm. halu kehittyä ja menestyä, rohkeutta kokeilla uusia asioita sekä kykyä pitkäjänteisyyteen. Näin yksilö kokee olevansa tarpeellinen ja kehittyvä. Arvostus sisältää kunnioitusta ja syntyy kokemuksista ja siitä saa energiaa. Luottamus koostuu itseluottamuksesta ja minäkuvasta, uskosta omiin kykyihin ja innostuneisuudesta. Luottamuksen pitää olla molemminpuolista vuorovaikutussuhteessa. Toimintaympäristöllä tarkoitetaan toimintaa ja vuorovaikutusta ympäristön kanssa. Eli onko ympäristö sellainen, että se mahdollistaa yksilön kehittymisen. Ilmapiirin turvallisuus, avoimuus ja kannustavuus ovat myös tärkeitä tekijöitä sisäisen voimaantumisen kehittämisessä. Myönteisyydellä tarkoitetaan hyväksyntää, positiivista asennetta, onnistumisen kokemista ja eettisyyttä. Nämä kaikki liittyvät läheisesti toisiinsa ja ovat merkityssuhteessa keskenään. Erityisen tärkeää voimaantumisessa on muilta saatu kannustava palaute ja reflektiota tukeva vuorovaikutuksellisuus. Merkittävät puutteet yhdessäkin kategoriassa, saattavat heikentää tai estää sisäisen voimaantumisen rakentumista tai ylläpitämistä.

Ideaalitilanteessa kaikki sisäisen voimantunteen seitsemän kategoriaan tukevat ihmisen voimavarojen kasvua.

2.3 Voimaantunut ihminen

Voimaantumisessa yksilöä pidetään aktiivisena, luovana, vapaana toimijana, joka asettaa itselleen tavoitteita omassa elämänprosessissaan (Siitonen 1999). Yksilö tuntee oman elämänsä olevan hallinnassa ja itsetunto on kohentunut. Myös toiveikkuus tulevaisuuteen lisääntyy. Vaikka voimaantuminen on henkilökohtainen prosessi, siihen vaikuttavat toiset ihmiset, olosuhteet ja sosiaaliset rakenteet. Voimaantumisesta seuraa hyvinvoinnin kokemus, joka on yhteydessä ihmisen omaan haluun, asetettuihin päämääriin, omien mahdollisuuksien luottamiseen ja näkemykseen omasta itsestä.

Voimaantunut ihminen on löytänyt omat voimavaransa (Siitonen 1999). Hän on itseään määräävä ja vapaa ulkoisesta pakosta. Voimaantuminen näkyy ennen kaikkea parantuneena itsetuntona, toiveikkuutena ja taitona asettaa ja saavuttaa päämääriä. Se näkyy myös oman elämän ja muutosprosessin hallinnan tunteena. Nämä ominaisuudet ilmenevät kuitenkin eri ihmisillä erilaisena käyttäytymisenä sekä erilaisina taitoina ja uskomuksina. Tämän vuoksi onkin erittäin vaikea laatia sellaista määritelmää, jota voitaisiin käyttää pohjana voimaantuneen ihmisen ominaisuuksien mittaamisessa ja arvioimisessa. Voimaantumisprosessi on eri ihmisillä erilainen, vaikka toimittaisiin samassa kontekstissa (Heikkilä ja Heikkilä 2005). Tämä johtuu siitä, että ihmiset pystyvät eri tavoin hyödyntämään sosiaalisia kenttiä, joissa toimivat. Voimaantumisen ominaisuudet voivat myös vaihdella ympäristön ja ajankohdan mukaan (Siitonen 1999).

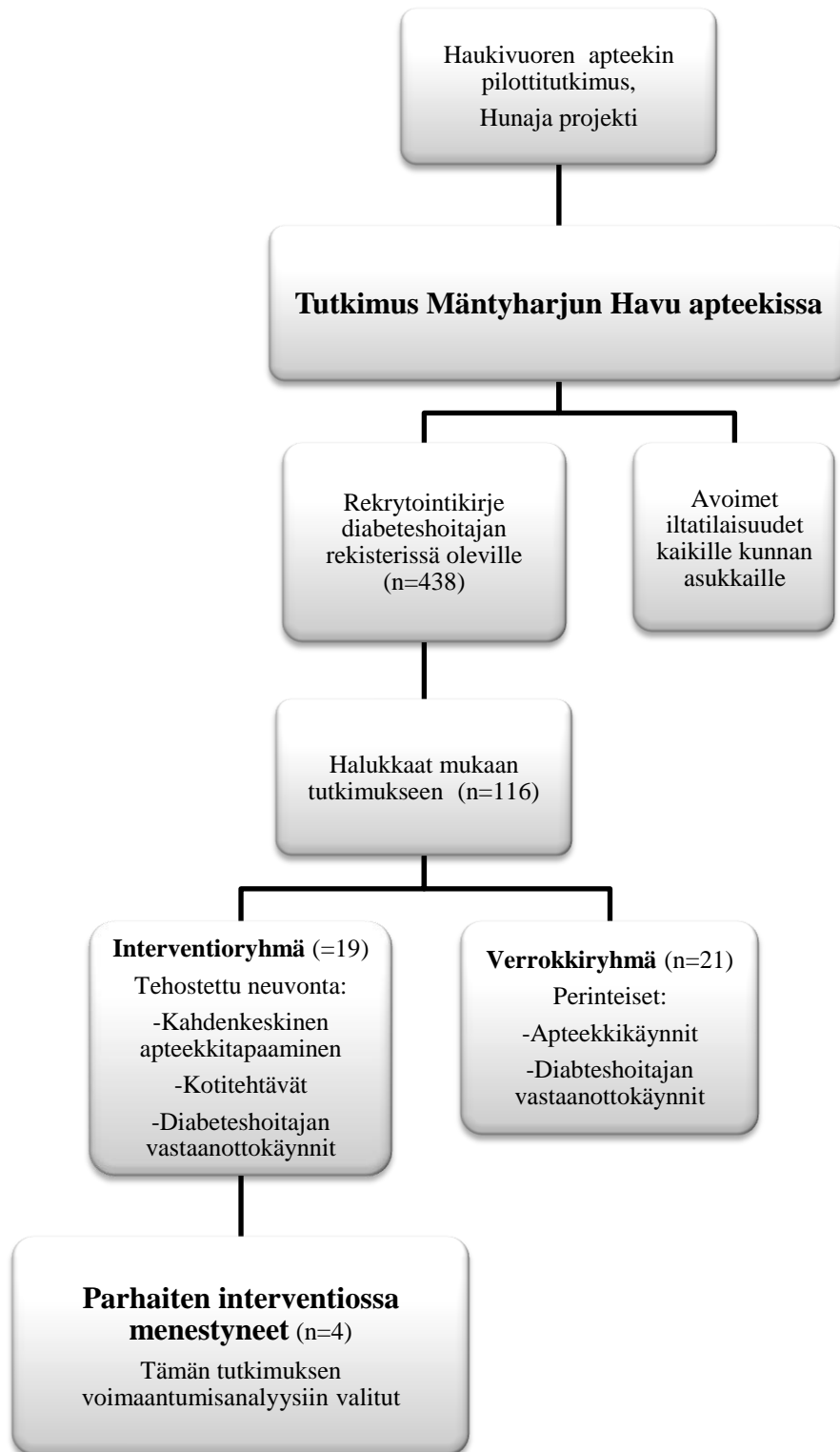
II EMPIIRINEN OSA

3 TAVOITE

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, kuinka apteekin farmaseutti tai proviisori voi omalla työllään tukea ja kannustaa diabetespotilaan hoitoon sitoutumista ja elämäntapamuutoksien toteutumista ja niiden pysyvyyttä. Tutkimuksessa tarkasteltiin asiaa voimaantumisen teorian näkökulmasta, sillä tähän mennessä tehdyt tutkimukset ovat keskittyneet pääosin apteekeissa tapahtuvaan yleiseen lääkeneuvontaan, eikä niinkään siihen, mitä diabetespotilaassa itsessään tapahtuu. Voimaantumista apteekkikontekstissa on tutkittu vähän. Vastauksia pyrittiin hakemaan siihen, löytyisikö haastatteluaineistosta joitakin yleistyksiä eli typologioita siitä, minkälainen voimaantumisprosessi diabetespotilaassa tapahtui hoitoon sitoutumisen onnistuessa ja tavoitteissa pysymisessä. Lisäksi haluttiin selvittää, mikä oli apteekin rooli ulkopuolisena voimaannuttajana.

4 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tämän tutkimuksen aineisto on kerätty Mäntyharjun apteekissa ja se liittyy apteekkari Stina Parkkamäen väitöskirjatyöhön. Väitöskirjatyön päätavoitteena on kehittää apteekkeihin soveltuva yksilökeskeinen toimintamalli tyypin 2 diabeteksen hoidon tukemiseen ja testata se. Tutkimuksessa testataan apteekin yksilökeskeisen ja perinteisen toimintamuodon vaikutusta diabeetikon sairauden pitkäaikaiseen omaan hoitoon. Väitöskirjatutkimus koostuu kaikille kunnan diabeteshoitajan tiedossa oleville diabetespotilaille ja riskiryhmässä oleville suunnatusta kyselystä sekä vuoden mittaisesta tehostetun neuvonnan kokeilusta, jossa käytettiin koe- ja verrokkiryhmää. Tämän tutkielman aineistona on tehostetun neuvonnan kokeilusta kertynyt aineisto, joka koostuu asiakkaan ja farmaseutin tai proviisorin käymistä keskusteluista apteekkitapaamisissa (Kuva 5).



Kuva 5. Tutkimuksen kulku ja tämän tutkimuksen voimaantumisanalyysiin valitut.

Parkkamäen väitöstyön aineistonkeruussa ja apteekkitapaamisten sisällön suunnittelussa oli hyödynnetty Ikihyvä Päijät-Häme -projektia, joka on vuosien 2002 - 2012 aikana

suoritettava seurantatutkimus ja kehittämishanke, jonka tavoitteena on tutkia ja edistää ikääntyvien päijäthämäläisten terveyttä, toimintakykyä ja hyvinvointia (Ikihyvä Päijät-Häme 2002). Ikihyvä-projektista polveutui tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma, joka oli ryhmätapaamismalli, jossa keskityttiin ruokavalio- ja liikuntatottumusmuutoksiin. Tätä mallia käytettiin yksilökeskeisiin tapaamisiin soveltaen myös Parkkamäen työssä.

Tallennetusta ja litteroidusta materiaalista etsittiin tässä pro gradu -työssä seikkoja, kuinka voimaantuminen diabetespotilaassa tapahtuu ja miten sitä voitiin apteekkineuvonnalla edistää. Voimaantumisen kriteereinä käytettiin Juha Siitosen (1999) määrittelemiä pääkategorioita: päämäärät, kykyuskomukset, kontekstiuskomukset ja emootiot sekä näiden sisäiset suhteet. Deduktiivisen eli teorialähtöisen analyysin lisäksi aineiston analysoinnissa käytettiin induktiivista eli aineistolähtöistä lähestymistapaa (Eskola ja Suoranta 1999).

4.1 Hunajaprojekti

Ennen Mäntyharjun apteekissa tehtyä tutkimusta Parkkamäki teki vuonna 2002 aiheeseen liittyvän esitutkimuksen Haukivuoren apteekissa (Parkkamäki 2003). Tutkimuksesta käytettiin nimitystä Hunajaprojekti ja se toteutettiin Haukivuoren apteekin ja terveysaseman yhteistyönä. Hunajaprojektin tavoitteena oli luoda tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ja hoidon farmaseuttinen hoito-ohjelma.

Tutkimukseen osallistui noin 100 Haukivuoren kunnan asukasta (Parkkamäki 2003). Kaikista tutkimukseen halukkaista valittiin arvalla 12 henkilön ryhmä, jota kutsuttiin hunajaryhmäksi (Parkkamäki 2004). Tämä hunajajoukko muodosti tutkimuksen erityisseurantaryhmän (Parkkamäki 2003). Heillä kaikilla oli tyypin 2 diabetes tai heillä oli riski sairastua tautiin. Apteekkitapaamisissa oli tarkoitus tuen ja kannustuksen avulla saavuttaa elämäntapamuutoksia kohti haluttua päämäärää. Hunajajoukon jäsenet osallistuivat kahdenkeskisiin apteekkitapaamisiin, joissa käytiin läpi heidän lääkitystään ja niihin liittyviä ongelmia, sekä elämäntapoja ja sitä kuinka niillä voidaan vaikuttaa laboratorioarvoihin. Erityisseurantaryhmään kuuluvat kävivät noin puolentoista kuukauden välein apteekissa apteekkarin ja terveysasemalla diabeteshoitajan vastaanotolla. Lisäksi ryhmäläiset saivat liikuntaneuvontaa ja ohjausta fysioterapeutilta.

Hunajajoukon ja normaalia diabeteksen hoitoa saaneiden ryhmän välillä seurattiin elämäntapamuutosten onnistumista sekä elämäntapa- että kliinisillä mittareilla mitaten. (Parkkamäki 2004). Hunajajoukkoon kuuluvat onnistuivat muuttamaan elämäntapojaan projektin aikana, mikä näkyi myös mitattujen laboratorioarvojen parantumisena (Parkkamäki 2003). Parantuneiden kliinisten arvojen perusteella voitiin todeta, että apteekki-interventiolla oli vaikutusta diabeetikon sairauden hallintaan. Tutkimuksen lopussa asiakkailta myös tiedusteltiin, mitä mieltä he olivat apteekin aktiivisesta roolista. Asiakkaat kokivat apteekkitapaamiset hyödyllisinä ja farmaseuttisen hoidon edistävänä tekijänä diabeteksen hoidossa.

4.2 Diabeteksen omahoidon tuen kehittäminen Mäntyharjulla

Pienimuotoisemman pilottitutkimuksen, Haukivuoren Hunajaprojektin jälkeen Parkkamäki suoritti vuonna 2007 laajan, yhden vuoden kestävästä tyyppin 2 diabeteksen hoitoon keskittyvän tukiohjelman Mäntyharjun Havu apteekissa (Parkkamäki 2007). Interventiotutkimus oli satunnaistettu ja kontrolloitu kohorttitutkimus. Myös tämä tutkimus tehtiin yhteistyössä terveyskeskuksen kanssa.

Paikallisen terveyskeskuksen johtava lääkäri ja ylihoitaja suhtautuivat apteekin diabeteksen omahoidon tukemiseen erittäin myönteisesti postituksen (Parkkamäki S, henkilökohtainen tiedonanto 29.9.2009). Valitettavasti he muuttivat pois paikkakunnalta interventiovuoden alkupuolella. Lääkäripulan ja diabeteshoitajan kiireiden vuoksi yhteyttä voitiin jatkaa vain diabeteshoitajan kanssa satunnaisesti. Apteekkari ja diabeteshoitaja suunnittelivat ja organisoivat yhdessä yleiset diabeteksen hoitoa käsittelevät iltatilaisuudet. Diabeteshoitaja osallistui diabeetikoille lähetettävän kyselylomakkeen laatimiseen. Tätä kyselyä ei tarkastella tässä tutkimuksessa. Kunta avusti diabetestoimintaa ja siitä tehtävää tutkimusta mahdollistamalla yleisötilojen käytön ja hoitamalla tutkimuksessa tarvittavan postituksen.

4.3 Tutkimukseen osallistujien rekrytointi

Tutkimukseen haettiin vapaaehtoisia Mäntyharjulla asuvia diabeetikkoja (Parkkamäki 2007). Heidät rekrytoitiin tutkimukseen diabeteshoitajan avulla. Mäntyharjun

diabeteshoitaja lähetti rekisterissään oleville diabeetikoille ja riskiryhmässä oleville kirjeen, jossa kerrottiin interventtiosta ja mahdollisuudesta osallistua siihen sekä siitä tehtävään tutkimukseen (Parkkamäki S, henkilökohtainen tiedonanto 29.9.2009). Kirje lähetettiin 438 henkilölle. Ulkopuolelle jätettiin kotisairaanhoidon ja laitoshoidon piirissä olevat diabeetikot. Vapaaehtoisia mukaan interventiotutkimukseen ilmoittautui 116 henkilöä. Kaikista halukkaista tutkimukseen arvottiin 20 vapaaehtoista, joista puolet oli naisia ja puolet miehiä. He muodostivat tutkimusryhmän, joka osallistui apteekkitapaamisiin. Toinen ryhmä valittiin arpomalla samasta joukosta ja se muodosti kontrolliryhmän, jonka henkilöt vastasivat iältään ja sukupuoleltaan varsinaisen tutkimusryhmän jäseniä. Yksi tutkimusryhmään kuuluva ei jaksanut kahden apteekkitapaamiskerran jälkeen käydä tapaamisissa vaan hän halusi jatkaa verrokkiryhmän jäsenenä. Lopullisessa tutkimuksessa varsinaisessa tutkimusryhmässä oli 19 jäsentä ja verrokkiryhmässä 21. Kaikkien 40 toivottiin pystyvän osallistumaan eri asiantuntijoiden vetämiin diabetes-iltatilaisuuksiin, joissa käsiteltiin diabeteshoidon eri osa-alueita.

4.4 Tutkimusasetelma

Interventioryhmän (n=19) asiakkaat kävivät kuusi kertaa vuoden aikana ennalta sovituissa kahdenkeskisissä apteekkitapaamisissa. Kaikki tapaamiset tallennettiin äänittämällä ja litteroituina teksteinä. Tapaamisten lisäksi ryhmään kuuluvat diabeetikot kävivät diabeteksen hoidon normaalikäytäntöön kuuluvilla vastaanotoilla diabeteshoitajan luona.

Verrokkiryhmän (n=21) jäsenet hakivat lääkkeensä normaalisti apteekista saaden tavanomaisen lääkeneuvonnan apteekin farmaseutilta. Apteekin henkilökunta ei tiennyt, ketkä asiakkaat kuuluivat tutkimuksen verrokkiryhmään. Verrokkiryhmän jäsenet asioivat normaalisti myös diabeteskontrolleissa diabeteshoitajan vastaanotolla.

4.5 Iltatilaisuudet

Mäntyharjulla järjestettiin vuoden aikana seitsemän eri tilaisuutta, joita kutsuttiin diabetesiltamiksi. Tilaisuudet olivat maksuttomia ja ne olivat tarkoitettu kaikille

diabeteksestä ja terveydestään kiinnostuneille henkilöille. Ensimmäisellä kerralla Parkkamäki sekä Mäntyharjun diabeteshoitaja ja johtava lääkäri esittelivät toteutettavaa diabetestoimintaa ja siitä tehtävää tutkimusta sekä kertoivat yleisesti diabeteksen hoidosta. Seuraavalla kerralla fysioterapeutin kanssa keskusteltiin liikunnan terveysvaikutuksista ja siitä kuinka esimerkiksi arkiliikunnan määrää voidaan lisätä. Seuraavassa iltatilaisuudessa asiantuntijana oli ravitsemusterapeutti. Esitys käsitteli painonhallintaa, ruoan kalorimääriä, rasvan määrää ja laatua sekä kuinka esimerkiksi kuitua ja kasviksia voidaan lisätä päivittäiseen ruokavalioon. Muista diabeteksenhoidon osa-alueista oli kertomassa mm. lääkäri, joka käsitteli tyypin 2 diabeteksen hoitoa ja lisäsairauksien ehkäisyä. Lääkitysiltamissa keskityttiin diabeteksen hoidossa käytettäviin lääkkeisiin ja niiden vaikutuksiin. Jalkojen ja suunhoidon iltamassa vierailivat jalkaterapeutti ja erikoishammashoitaja. Lisäksi naurujoogaterapeutti oli kutsuttu kertomaan henkisestä hyvinvoinnista ja siitä, kuinka jaksaa sairauden kanssa.

4.6 Apteekkitapaamiset

Parkkamäen interventiossa tyypin 2 diabetesta käsiteltiin kokonaisvaltaisesti farmaseuttisen hoito-ohjelman avulla kahdenkeskisissä apteekkitapaamisissa (Parkkamäki 2003). Farmaseuttinen hoito perustui hoitotasapainon keskeisiin tekijöihin eli elämäntapoihin ja lääkkitykseen. Apteekkitapaamisten päämääränä oli ohjata, tukea ja motivoida potilasta lääkityksen onnistumisessa ja elämäntapamuutoksissa yksilökeskeisesti. Tapaamisten asiasisältö oli jokaiselle eri kerralle ennalta tarkasti laadittu mukaillen Ikihyvä Päijät-Häme ryhmätapaamismallia (Taulukko 4).

Taulukko 4. Apteekkitapaamisten sisältö, tapaamisilla käytetyt testit ja kotitehtävät.

Käynti	Tapaamisten sisältö	Käytetyt testit	Kotitehtävät
1	Ruokavalio, liikunta, ylipaino, liitännäissairaudet, lääkitys		Kasvisten käyttö- ja suolatesti, liikuntatottumustaulukko
2	Omien tottumusten tarkastelu, lääkitys	Rasvan laatu- ja kuitutesti	Liikunta- ja ruokailutottumustaulukko
3	Liikunta, lääkitys		Liikunnan tavoiteportaikko, liikuntatottumustaulukko, miten palkitsen itseäni, miten muutan palkitsemistapojani
4	Ruokailutottumukset, lääkitys		Ruokailutottumukset, suunnitellut repsahdukset, Mitä olen tehnyt hyvin
5	Liikunta- ja ruokailutottumukset, Tavoitteiden tarkistaminen, uusien tavoitteiden asettaminen, lääkitys		Liikunta- ja ruokailutottumustaulukko ja näiden tavoiteportaat
6	Kuulumiset, lääkitys, mitä elämäntapa muutoksia tehty, tavoitteiden tarkistaminen, uudet tavoitteet, päätöskeskustelu	Rasvan laatu- ja kuitutesti	

Tapaamiset olivat apteekin neuvontahuoneessa ja aikaa keskusteluihin kerrallaan kului noin yksi tunti. Tukihenkilönä ja haastattelun toteuttajana apteekissa toimi joko apteekkari itse tai toinen farmaseutti. Tässä tutkimuksessa haastattelijasta käytetään termiä tukihenkilö. Tällä halutaan ilmaista, että apteekkitapaamisissa farmasisti toimi tasavertaisena terveydenhuollon ammattilaisena tutkimushenkilön kanssa, eikä paternalistisena toimijana.

4.6.1 Apteekkitapaamisten sisältö

Tapaamisten elämäntapamuutoksia koskeva sisältö eteni Päijät-Hämeessä kehitetyn Ikihyvä Päijät-Häme tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman mukaisesti (Ikihyvä 2002). Tämä elintapamuutosten ryhmätapaamismalli toteutettiin Mäntyharjulla yksilökeskeisinä tapaamisina, joissa apteekkari tai farmaseutti ohjasi keskustelua, antoi kotitehtäviä, palautetta, positiivista kannustusta ja tukea (Parkkamäki 2009). Elintapaneuvonnalla pyrittiin lisäämään ja helpottamaan asiakkaan omaa vastuun ottamista tarjoamalla omatoimisuutta tukevia työvälineitä (Ikihyvä 2002). Näitä olivat

motivaation herättely, käyttäytymisen seuranta, muutosten suunnittelu, toteutus ja ylläpito.

Ensimmäisellä tapaamiskerralla keskityttiin ruokavalio- ja liikuntamuutosten motivaation muodostumiseen. Lisäksi farmasisti kertoi ylipainon merkityksestä jokapäiväisessä elämässä. Kuinka ylipaino vaikuttaa kroonisiin sairauksiin, rajoittaa toimintakykyä, heikentää elämänlaatua ja vaikuttaa elinikää lyhentäviin sairauksiin. Tavoitteena oli kertoa asiakkaalle, että tyypin 2 diabetesta sekä sydän- ja verisuonisairauksia voidaan hoitaa ja ehkäistä tekijöillä, joita jokainen yksilö voi hallita. Avainasemassa olivat terveellinen ruokavalio ja liikunta, joilla voidaan vaikuttaa painoon, veren rasva-arvoihin, verenpaineen ja -sokerin pitämiseen normaalitasolla sekä lääkehoidon tarpeeseen. Kotitehtäväksi annettiin kasvisten käyttö- ja suolatestit sekä liikuntatottumuksia kartoittava taulukko (Kotimaiset kasvikset ry 2009; Suomen Sydänliitto ry 2009; Absetz ym. 2008). Myös kotitehtävät toimivat elintapamuutosten työkaluina. Ne auttoivat havainnoimaan ja tarkastelemaan yksilön omaa toimintaa, totuttivat säännöllisyyteen ja helpottivat suunnittelua (Ikihyvä 2002). Lisäksi niiden avulla voitiin arvioida, oliko muutoksia tapahtunut.

Toisen tapaamisen päämääränä oli herättää asiakasta omien tottumustensa tarkasteluun (Ikihyvä 2002). Tällöin diabeetikot täyttivät mm. rasvanlaatu- ja kuitutestit (Suomen Sydänliitto ry 2009; Leipätiedotus ry 2009). Näiden sekä kotitehtävänä olleen liikuntatottumustaulukon avulla tutkimushenkilön kanssa keskusteltiin ja autettiin häntä arvioimaan, kuinka omat tottumukset suhteutuivat neuvonnan tavoitemuutoksiin. Millä osa-alueilla yksilö pärjasi hyvin ja millä sektorilla olisi parannettavaa. Tapaamisen pääviestinä oli, että muutosten tekeminen kannatta ja se on kaikille mahdollista. Kotitehtäväksi annettiin liikunta- ja ruokailutottumustaulukko sekä kyselyt, jotka kartoittivat yksilön suhtautumista mielihaluihin, tavoitteita ja niiden asettamista sekä syitä, miksi yksilö jättää liikunnan väliin suunnitelmista huolimatta (Absetz ym. 2008).

Kolmannella tapaamisella paneuduttiin liikuntaan. Farmasisti kertoi terveysliikunnasta ja sen hyödyistä. Liikuntatottumustaulukon mietittiin keinoja siihen, kuinka liikuntaa voidaan lisätä päivittäiseen arkielämään. Kotitehtäväksi annettiin liikuntaan liittyen tavoiteportaikkotaulukko (Absetz ym. 2008), jonka avulla suunniteltiin, kuinka itselle

asetetut terveydelliset ja fyysiset tavoitteet voitaisiin saavuttaa. Lisäksi tutkimushenkilöille annettiin liikuntatottumustaulukko sekä tehtävä, jossa tuli kirjata ylös seikkoja, siitä kuinka yksilö palkitsee itseään (Absetz ym. 2008). Samoin tuli pohtia, kuinka haitallisia palkitsemistapoja voisi muuttaa niin, että ne edistäisivät terveyteen liittyviä tavoitteita.

Ruokailutottumuksiin keskityttiin neljännellä tapaamiskerralla. Tottumuksia tarkasteltiin ruokailutottumustaulukon pohjalta ja lisäksi farmasisti kertoi terveellisestä ruokavaliosta ja antoi esimerkkejä ruokavaliomuutoksiin. Esimerkkien avulla oli tarkoitus osoittaa, että terveellisesti syöminen ei ollut välttämättä vaikeaa ja terveellinen ruokavalio ei merkinnyt pelkkiä kieltoja ja näläntunnetta. Lisäksi edellisen mielihalu-kotitehtävän pohjalta keskusteltiin, mitä tehdä kun mielihalu iskee. Kotitehtävänä oli täyttää ruokailutottumustaulukko ja tehtävä, joka käsitteli ns. repsahduksia ja niiden hallintaa, sekä tehtävä johon tuli viikon ajalta kirjata asioita, jotka on tehnyt hyvin (Absetz ym. 2008).

Viidennellä tapaamiskerralla asiakkaan kanssa keskusteltiin tavoiteportaikoiden pohjalta liikunta- ja ruokailutottumuksista. Oliko muutoksia jo tehty ja tuntuiko asiakkaasta siltä, että oli menossa oikeaan suuntaan. Lisäksi keskusteltiin seuraavien kuukausien tavoitteiden asettamisesta ja siitä, miten jatkaa menestyksellä eteenpäin, kun apteekkitapaamiset loppuvat. Kotitehtäväksi annettiin jälleen liikunta- ja ruokailutottumustaulukot sekä näiden tavoiteportaikot.

Viimeisellä, kuudennella tapaamiskerralla käytiin läpi, mitä muutoksia elämäntapatottumuksissa oli tehty. Asetettiin tavoitteita tuleville kuukausille ja mietittiin, kuinka niihin päästään ja mistä saa tukea, kun apteekin ohjaus loppuu. Rasvanlaatu- ja kuitutesti täytettiin vielä tutkimuksen tässä vaiheessa. Aivan loppuksi oli apteekkitoiminnan päätöskeskustelu, jossa tiedusteltiin tutkimuksessa mukana olleiden mielipiteitä apteekkitapaamisista ja siitä miten he kokivat kyseisen toimintamallin.

4.6.2 Käytetyt mittarit

Haastatteluiden ja elämäntapamittareiden lisäksi tutkimus sisälsi myös klinisiä mittareita, joiden avulla hoitotuloksien kehitystä tutkittiin. Osallistujilta mitattiin paino,

vyötärön ympärys, veren sokeri- ja kolesteroliarvot sekä verenpaine tutkimuksen alussa ja lopussa (Taulukko 5). Kliiniset laboratorioarvot mitattiin Mäntyharjun terveyskeskuksen laboratoriossa, paino mitattiin joka kerta samalla apteekin vaa'alla ja vyötärön ympärys sekä kotona tehtävät verensokerin mittaukset olivat asiakkaan omia ilmoittamia arvoja. Elämäntapamittareilla seurattiin potilaiden ravintotottumusten muutoksia kuidun, rasvan, kasvisten ja suolan osalta.

Taulukko 5. Kliinisten parametrien mittausspaikat

	Apteekki	Terveyskeskuksen laboratorio	Oma mittaus
Paino	x		
Vyötärön ympärys			x
Verensokeri, paastoarvo		x	
Sokeroitunut hemoglobiini HbA1c		x	
Verensokerin kotikoe			x
Kokonaiskolesterol		x	
HDL		x	
LDL		x	
Triglyseridit		x	
Verenpaine		x	

4.7 Laadullisen aineiston analyysi

4.7.1 Voimaantumisanalyysiin valitut

Tässä tutkimuksessa analysoitiin kvalitatiivisin menetelmin neljän henkilön voimaantuminen elämäntapamuutoksiin. Ne henkilöt valittiin tarkempaan kvalitatiiviseen tarkasteluun, joilla oli tapahtunut vuoden aikana eniten positiivisia muutoksia sekä elämäntapamittareilla mitatuissa arvoissa että kliinisissä parametreissa (Taulukko 6). Osallistujilta mitatut arvot taulukoitiin parametrikohdaisesti niin, että muutos toivottuun suuntaan antoi plus-merkinnän, epäedulliseen suuntaan muuttunut arvo taulukoitiin miinus-merkillä ja mikäli mitään muutosta ei havaittu, se merkittiin 0-arvolla. Henkilöt, joilta puuttui jokin mittauservo (n=6), kirjattiin tässä työssä keskeyttäviksi. Kaikki mittauservot on esitetty liitteessä 1.

Taulukko 6. Kliinisten parametrien ja elämäntapamittareiden yhteistulokset.

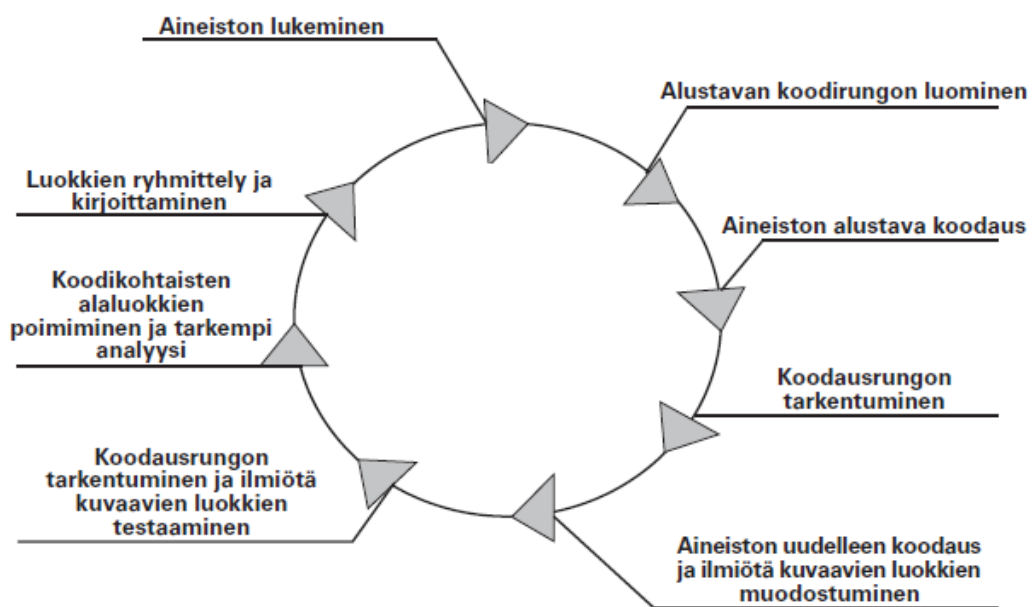
	eniten positiivisia muutoksia puuttuvia arvoja													Hikoilu-		
															liikunta	
Tapaus	Paino	HbA1c	Kol	HDL	LDL	Trigly	Vyötärö	S-RR	D-RR	Rasva	Kuitu	Kasvis	liikunta	TOTAL		
xx	+	-	0	+	+	0	+	+	0	-	+	+	0	++++		
xx	+	.	-	0	-	-	+	+	+	-	+	0	0			
xx	+	-	+	+	+	+	+	-	-	+	-	-	-	+		
xx	+	-	+	-	+	-	+	+	-	+	-	0	-	0		
xx	+	+	+	0	+	-	+	-	-	+	-	0	+	++++		
xx	+	-	.	.	.	.	+	0	0	.	.	-	0	
xx	+	+	-	+	-	+	+	+	-	-	-	-	0	0		
xx	+	-	+	-	-	+	+	-	0	0	-	+	+	+		
xx	0	-	-	0	-	-	+	+	+	+	+	+	+	+++		
xx	-	-	+	0	+	-	0	-	-	.	+	+	+			
4	+	-	+	-	+	+	+	+	+	+	-	+	+	++++++		
xx	+	+	-	+	-	+	+	-	+	.	.	+	-			
xx	-	-	-	-	-	-	.	.	.	-	+	+	+			
2	+	+	+	0	+	+	+	+	+	+	-	+	0	++++++		
3	+	+	0	+	-	+	+	+	+	+	-	+	0	++++++		
xx	-	-	+	0	0	-	-	+	+	-	+	0	0	-		
xx	-	+	+	+	+	+	-	.	.	+	-	+	-			
1	+	+	+	+	+	+	+	+	-	-	+	+	+	++++++		
xx	+	+	+	+	+	+	-	+	-	-	-	+	0	++++		

4.7.2 Laadullisen aineiston analyysimenetelmä

Tutkimukseen valittiin teorialähtöinen, deduktiivinen, sekä aineistolähtöinen, induktiivinen lähestymistapa (Tuomi ja Sarajarvi 2003). Deduktiivisessa sisällönanalyysissä kerätyn aineiston luokittelu perustuu jo olemassa olevaan teoreettiseen lähtökohtaan. Tässä tutkimuksessa käytettiin Siitosen (1999) määrittelemiä voimaantumisen kategorioita. Analyysiprosessissa aineistoa haluttiin kuitenkin tutkia mahdollisimman laajasti ja avoimesti ja tämän vuoksi käytettiin myös induktiivista lähestymistapaa. Induktiivinen sisällönanalyysi perustuu ensisijaisesti aineistolähtöiseen päättelyyn, jota ohjaa tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät (Eskola ja Suoranta 1999).

Induktiivista analyysiä lähdettiin tekemään avoimesti ilman etukäteisodotuksia. Kokonaisuuden hahmottamiseksi aineisto luettiin ensin useaan kertaan. Tavoitteena oli havainnoida, löytyisikö aineistoista jotain säännönmukaisesti toistuvia asioita. Tapaamisissa käytiin kullakin tapaamiskerralla läpi niitä asioita, jotka olivat Ikihyvä Päijät-Häme ohjelman mukaisia. Tästä johtuen asiakkaiden esille tuomat asiat

keskittyivät diabeteksen hoidon osa-alueisiin; ravintotottumuksiin ja liikuntaan. Koska deduktiivinen lähestymistapa, joka pohjautui voimaantumisteoriaan, oli valittu tämän työn pääkysymysten, elämäntapamuutosten toteutumisen ja niiden tukemisen analysointiin, päätettiin induktiivisessa lähestymisessä keskittyä koodaamaan muita, ennalta odottamattomia seikkoja, joita aineistosta nousi esiin. Useiden lukemiskertojen jälkeen tehtiin koodausrunko. Seuraavaksi aineisto luettiin vielä uudelleen ja aineistosta koodattiin kohdat, joihin haluttiin syventyä. Tämän jälkeen kirjoitettiin yksitellen raakateksti jokaisesta neljästä tutkimushenkilöstä. Seuraavaksi kaikki tekstit yhdistettiin siten, että voimaantumisen kannalta oleellimmat teemat saatiin pelkistettyä ja tiivistettyä. Samalla tekstiä myös peilattiin käytettyyn teoriaan. Induktiiviselle tutkimukselle tyypillistä, teemoittelun (ryhmittelyn) jälkeen tapahtuvaa, luokittelua ja abstrahointia ei koettu tarpeelliseksi tämän aineiston analyysissä, koska tarkoituksena oli tutkia voimaantumisteorian mukaisesti diabeteksen hoidossa oleellisten elämäntapojen muuttumista. Kuvassa 6 on esitetty laadullisen aineiston analyysin kulku ja teemojen tarkentuminen, jota on soveltaen käytetty lähtökohtana tämän tutkimusaineiston analyysissä (Saari ym. 2009).



Kuva 6. Laadullisen analyysin eteneminen (mukaillen Saari ym. 2009). Käytetty soveltaen tutkimusaineiston analyysissä.

5 TULOKSET

Pienestä joukosta on suhteellisen vaikea löytää mitään tyypillistä, yhtenevää prosessia, miten voimaantuminen tapahtuu. Voimaantuminen etenee erilaisten persoonallisuuksien mukaan hyvin erilailla ja eri tahtiin (Heikkilä ja Heikkilä 2005). Tässä työssä tarkasteltiin, kuinka eri henkilöiden ajatukset ja asenteet käytäntöjen lisäksi yksilötasolla muuttuivat vuoden mittaisen intervention aikana. Lisäksi tehtiin havaintoja, kuinka Siitosen (1999) määrittelemät voimaantumisprosessin pääkategoriat (päämäärät, kykyuskomukset, kontekstiuskomukset ja emotiot) ilmenivät yksilössä ja hänen toimissaan. Voimaantumisprosessin etenemistä seurattiin erikseen diabeteksen hoidon kulmakivien, ruokavalion, liikunnan ja lääkehoidon kontekstissa. Sisällönanalyysin avulla kartoitettiin vielä, miten diabeetikot kokivat apteekkitapaamiset ja tukiohjelman kokonaisuudessaan.

5.1 Elämäntavat

Tutkimuksen intervention tarkoituksena oli ohjata asiakasta omaksumaan ja toteuttamaan terveellisempää ruokavaliota. Toisena tavoitteena oli sekä päivittäisen arkiliikunnan että aktiiviliikunnan lisääminen. Kaikki neljä tapausta, jotka valittiin tässä tutkimuksessa tarkempaan analyysiin, olivat jo tutkimuksen alusta lähtien hyvin motivoituneita ja sitoutuneita tulevaan projektiin. Kaikki ilmaisivat, että teoriassa heillä oli tietoa ja taitoa diabeteksen hoidosta ja siitä, miten merkittävä vaikutus elämäntavoilla oli sairauteen. Kuitenkin käytännön tasolla jokainen kaipasi sairauden hoitoon ja erityisesti muutosten toteuttamiseen tukea ulkopuoliselta taholta.

5.1.1 Voimaantuminen ruokavalioon

Voimaantumisprosessissa yksi pääkategorioista on päämäärät (Siitonen 1999). Ne ovat yksilön henkilökohtaisia toiveita toivotuista tiloista tai tuloksista. Niissä ihminen itse on asettanut itselleen unelmia ja tavoitteita. Päämäärien asettaminen näkyy myös selkeästi tämän tutkimuksen tutkimushenkilöiden haastatteluissa. Heistä jokainen ilmaisi jo ensimmäisellä tapaamiskerralla, että tärkein syy, miksi he olivat halunneet mukaan tutkimukseen, oli painonpudotus. Painonpudotus konkreettisena ja helposti mitattavissa

olevana asiana nousi esiin jokaisen analysoidun tutkimushenkilön kanssa. He kokivat, että painon lasku olisi kannustava ja uskoa luova tekijä myös silloin, kun tavoitellaan toisen kulmakiven, liikunnan, lisäämistä arkipäivään. Suurempien päämäärien saavuttaminen vaatii usein pienempien välipäämäärien toteutumista (Siitonen 1999). Pienet välipäämäärät toimivat siten energianlähteinä pyrittäessä isompiin, itse asetettuihin tavoitteisiin. Tässä tutkimushenkilöt ajattelivat, että tavoiteltu painonlasku mahdollistaisi tulevaisuudessa myös liikunnan aloittamisen tai lisäämisen.

Tukihenkilö: Ootko sinä miettiny semmosta, että missä vois olla kohentamisen varaa...

Tapaus 3: Kyllä olen miettiny sitäki, joo. Se pitäis olla vaan kova piiskaaja takana, et... Kyllä sitä olis ilman muuta meikäläisen elämässä olis paljonki tietyst korjattavaa. Lähteä siitä, että painoa pois ja vielä tarkastaa tietyst näitä ruoka, syömätottumuksia ja muuta, et tuota noin

...

Tapaus 1: Mä ehkä oottasin sitä, että mä oppisin niinku tän ruokakulttuurin paremmaks ja tota oppisin niinkun siltä osin elämään sillei, että jos se sais tän mun painoni jotenki muuttumaan ja muuta...

Apteekin taholta asiakkaita kannustettiin tulevaan diabetesohjelmaan ja todettiin, että intervention aikana elämäntapoihin kiinnitetään huomiota ja tätä kautta painoa ei ainakaan pitäisi kertyä enää enempää. Ruokavaliotottumusten osalta tärkeimmiksi päämääriksi asetettiin kasvisten ja kuidun lisääminen sekä rasvan ja suolan päivittäisen saannin vähentäminen. Haastatteluista voitiin havaita, että tutkimushenkilöillä oli suhteellisen paljon tietoa ravinnosta. Kuitenkin keskusteluista saattoi selkeästi huomata, että pelkät tiedot eivät olleet taanneet välttämättä onnistumista painonhallinnassa.

Konteksti- ja kykyuskomukset ovat voimaantumisprosessin pääkategorioita (Siitonen 1999). Niiden mukaan kykyyn toimia oikein tarvitaan usko omiin taitoihin ja oikea kannustava ympäristö. Kykyuskomukset kartoittavat, onko henkilöllä henkilökohtainen taito toimia oikein ja tehokkaasti. Kykyuskomuskategoriaan kuuluvat oleellisesti

henkilön minäkuva, identiteetti ja itsetunto. Minäkäsityksen katsotaankin olevan voimaantumisprosessin keskeinen tekijä. Näihin kykyuskomuksiin kiinnitettiin huomiota ensimmäisellä tapaamiskerralla. Tavoitteena oli herätellä asiakasta arvioimaan omia elämäntapojaan ja totuttaa ja kehoittaa häntä tekemään havaintoja omista tavoista ja taidoista. Lisäksi tutkimushenkilöä kehoitettiin etsimään seikkoja omasta elämästään, joita voitaisiin mahdollisesti muuttaa ja parantaa ja jossa apteekin henkilökunta voisi toimia ulkopuolisena apuna ja motivoijana. Voimaantumista ja omien kykyjen karttumista voitiin huomata esimerkiksi silloin, kun asiakas oli miettinyt korvaavaa tekemistä, jos mielihaluja tietyn vältettävän ruoan suhteen ilmenisi.

Tapaus 4: ... Sitä mie oon miettiny... Ja mä oon nyt koittanu kehitellä, mä aattelin, että mul on tota... yks on se kästyön tekeminen.

Voimaantumista käsittelevässä väitöskirjassaan Siitonen (1999) havaitsi, että ydinkäsite sisäinen voimantunne voidaan jakaa seitsemään eri alakategoriaan. Näitä ovat mm. vapaus ja vastuu. Vapaus ilmenee vapaaehtoisuutena ja itsenäisyytenä, jolloin yksilö kokee voivansa kontrolloida toimintaansa. Vastuu tarkoittaa yksilön halua kehittyä, menestyä ja kokeilla uutta. Vastuuseen liittyy myös kyky pitkäjänteisyyteen. Nämä osa-alueet voitiin havaita haastatteluissa, kun asiakkaat tulivat toisen kerran apteekkitapaamiseen. Ensimmäisen tapaamiskerran jälkeen jokainen oli kiinnittänyt aiempaa enemmän huomiota päivittäisen ruoan laatuun ja määrään. Jokainen tutkimushenkilö ilmoitti vähentäneensä rasvan ja suolan käyttöä ja lisänneensä ruokavalioon kasviksia, marjoja ja hedelmiä. Tässä voidaan nähdä voimaantumisprosessin keskeinen osa-alue, vastuu. Ihminen on ottanut vastuun omasta kehityksestään ja haluaa sekä pystyy toimimaan tavalla, jonka tietää oikeaksi.

Tapaus 1: ... Jos mä paistoin jotaki, ni mä käytin voita. Nyt mä oon kyllä ruvennu käyttää öljyä ihan niinku kokonaisuudessa...

Tapaus 2: ... mä ku join sitä piimää, sitä sellasta rasvasta 2,5 %:sta... Mä oon jättäny, mä juon vettä. Sitte mä oon jättäny sen voin pois... Ja sitte mä ostin sitä Beseli... No niitähän mä oon yrittäny syyä niitä kasviksia, hedelmiä ja...

Tapaus 3: ... Että ku joka kerran ku jotain syöpi, ni siinä on kumminki vihannesta ja hedelmää ja tämmöstä mukana sitte.

Tapaus 4: Mä en oo kovin paljoo käyttäny yleensä rasvaa. Makkarat oon jättäny pois.

Eräs asiakas koki toisella kerralla iloa ja onnistumisen tunnetta, kun hän oli saanut vietyä omaa tietämystään eteenpäin perheenjäsenille. Tässä on havaittavissa voimaantumisprosessin pääkategorioista emootiot. Lisäksi henkilö koki omaavansa kykyjä, joilla siirtää omaa tietoa että taitoa kontekstiinsa.

Tapaus 1: No sit täs on parasta tiiätkö se, että mä oon saanu tämän mieheni tottumaan tämmöseen ruokavalioon, mitä mä en koskaan niinku uskonu.

Voimaantuessaan ihminen opettelee itsensä ja asioiden kontrollia ja hallintaa (Heikkilä ja Heikkilä 2005). Kolmannella tapaamiskerralla voitiin havaita, että asiakkaat kertoivat edelleen kiinnittäneensä entistä enemmän huomiota terveelliseen ruokavalioon, ruoan laatuun, määrään ja ostosten tekemiseen ja niiden suunnitteluun. Tässä vaiheessa moni kertoi myös osaavansa aiempaa paremmin analysoida omia tottumuksiaan ja tekemiään valintoja. Lisäksi asiakkaat olivat oppineet havainnoimaan mahdollisia repsahduksia ruokavaliossa ja muutosta siinä, kuinka suhtautua niihin. Myös apteekin henkilökunnan taholta annettiin positiivista palautetta siitä, miten oleellista elintapojen muutoksessa on yksilön oma tiedostaminen ns. repsahduksista. Tutkimuksen tässä vaiheessa myös kaikkien asiakkaiden paino oli pudonnut lähtötilanteesta. Tämä oli tärkeä, konkreettinen ja motivoiva osoitus tutkimushenkilöille ruokavalion suuresta merkityksestä painonhallinnassa, koska osalle heistä liikkuminen oli edelleen tutkimuksen tässä vaiheessa haasteellista.

Tapaus 3: Mä laitoin nyt, sain tämmöset farkut sain jalkaani mitkä ei oo vuosi kausiin menny jalkaan. Nyt mul on sit seuraavat farkut mitkä vielä jää jonku verran auki... Se olis seuraava tavote, että neki menee jalkaan.

Tapaus 4: ... Se (painonpudotus) ois kyllä hirveen hyvä siinä mielessä, että mä tosissaan oon hirviän vähän kyllä liikkunu... Mut yks on se, että mä en oo ees kerennyt ja toinen on sitte se, että tota se koskee niin hirveesti tähän... Tähän ristiselän niinku tähän.

Voimaantumisteorian mukaan kykyyn toimia oikein tarvitaan usko omiin taitoihin ja sen lisäksi oikea kannustava ympäristö (Siitonen 1999). Kun yksilön toimintaympäristö on mahdollistava, yksilö pystyy paremmin tavoittelemaan asettamiaan päämääriä. Tässä tehtävässä oli apteekin rooli merkittävä, kun se toimi osana voimaantumisprosessin kontekstia.

Toimintaympäristö voi tehdä päämäärän saavuttamisen myös vaikeammaksi (Ford 1992) ja tällöin hidastavana tai jopa estävänä tekijänä voi olla oma lähiympäristö (perhe ja muut läheiset), jolla ei ole samoja päämääriä kuin diabeetikolla itsellään. Yksilö analysoi ja tarkkailee toimintaympäristöään, seuraa onko konteksti sellainen, että se auttaa ja tukee tavoitelluissa pyrkimyksissä (Siitonen 1999). Mikäli näin on, yksilöllä on mahdollisuudet löytää tarvitsemansa voimavarat päämäärän saavuttamiseen. Kontekstiuskomusten alakategorioita ovat mm. arvostus, ilmapiiri ja myönteisyys. Arvostus sisältää kunnioitusta ja siitä saa energiaa. Ilmapiirin avoimuus, turvallisuus ja kannustavuus ovat keskeisiä tekijöitä sisäisen voimantunteen kehittymisessä. Myönteisyydellä tarkoitetaan positiivista asennetta, hyväksyntää, onnistumisen kokemusta ja eettisyyttä. Näissä kaikissa osatekijöissä ovat mukana sekä diabeetikoiden läheiset että apteekin henkilökunta.

Voimaantumisen alakategoriat ovat kaikki merkityssuhteessa keskenään (Siitonen 1999). Puutteet jossakin osiossa voivat heikentää tai jopa estää voimaantumisen. Osalla tutkimushenkilöistä saattoi havaita selkeitä hidasteita voimaantumisessa, koska heidän kotiympäristönsä ei ollut toivottavan myönteinen ja kannustava.

Tässä tutkimuksessa tutkimushenkilöillä oli kontekstin suhteen molempia, sekä positiivisia että negatiivisia, kokemuksia. Esimerkiksi positiivisesti vaikuttavia asioita oli, kun neljännellä tapaamisella erään asiakkaan paino oli jo pudonnut merkittävästi ja hän oli saanut positiivista palautetta tästä myös läheisiltään. Painon pudotuksen oli huomannut useampi henkilö ja tämän seurauksena asiakas koki onnistumista ja myös

hänen itseluottamuksensa oli noussut. Tämä antoi uskoa tulevaan ja kasvatti motivaatiota. Tässä voidaan havaita onnistuneeseen voimaantumisprosessiin liittyvä tekijä eli toisilta, ulkopuolisilta, saatu kannustavan palautteen merkitys. Osalla tarkemmin analysoiduista perheenjäsenet esim. puoliso oli myös alkanut tutkimuksen aikana kiinnittämään enemmän huomiota omaan ravintoonsa. Tämä oli tutkittavien mielestä hyvin tärkeä ja kannustava seikka.

Esimerkki kotiympäristön hidastavasta vaikutuksesta tuli esille seuraavassa keskustelussa:

Tukihenkilö: ... Minkäslaisia voimavaroja ja keinoja sinulla on käytössä ku rupeet tätä painoa ajattelemaan... Entäs se mies?

Tapaus 2: ... Mut ei se mun painon pudotuksesta välitä. Ei se mitenkään kannusta erikoisemmin siihen, että...

Tukihenkilö: Ei kannusta, joo. No eikä sitte, et ”Saatko tukea sieltä, että...?”

Tapaus 2: No en mä nyt osaa... Ei, en mä sieltä mitää. Kyllä se on kaikki ite vaan pistettävä.

Apteekkitapaamisten merkitys oikean kontekstin luomisessa korostui. Vaikka osalla henkilöistä olikin lähipiirin osalta edellisen kaltaista negatiivista tai välinpitämätöntä suhtautumista havaittavissa, kaikki tutkimushenkilöt ilmaisivat apteekin henkilökunnan tärkeän merkitsevyyden oikeanlaisen ilmapiirin muodostajana. He totesivat, että vaikka he eivät kotiloissa kokeneetkaan erityistä kannustusta, niin apteekin taholta saatu positiivinen kannustus, tuki ja motivointi auttoivat eteenpäin intervention aikana. Erityisesti mainittiin, että neuvonta ja keskustelut käytiin hyvin myönteisessä ilmapiirissä. Tällä tavoin toimiessaan apteekin henkilökunta toimii ulkopuolisena voimaannuttajana (Räsänen 2006). Näin omaehtoiseen muuttumiseen esim. tässä tapauksessa ruokavaliomuutoksiin voidaan vaikuttaa yksilön ulkopuolelta (Heikkilä ja Heikkilä 2005).

Ulkopuolisen apua ja tukea voidaan tarvita myös havaintojen tekemiseen. Esimerkiksi kysyttäessä ruokailutottumuksista vastaaja voi samassa lauseessa todeta omaavansa sekä huonot että hyvät tavat.

Tukihenkilö: No mites on toi oma hoito? Miten se on onnistunu... just näit elämäntapoja aattelen ja näitä, niin?

Tapaus 1: No mun täytyy kyllä sanoa, että mä en hirveesti oo kontrolloinu sitä suuntaan enkä toiseen. Eikä mulle oo siitä niinku hirveesti koskaan puhuttu eikä... Et esimerkiksi mun ruokailutottumukset on ihan tosi huonot. Siis niinkun mä syön mielestäni aika terveellisesti, mut kaikki ajat on ihan...

Havaintojen tekemisen hyvinä apuina ja työkaluina olivat kotitehtävät, joiden avulla pidettiin konkreettisesti kirjaa syödyistä ravinnosta ja sen laadusta. Kaiken kaikkiaan ruokavaliomuutokset, osittain juuri kotitehtävien ansiosta, olivat asiakkaiden mielessä aktiivisena koko apteekkiohjelman ajan. Painon putoaminen vaikutti suoraan kykyyn lisätä liikuntaa ja tämä puolestaan nosti yleisesti asiakkaiden mielialaa ja elämänlaatua.

Tapaus 4: Kyllä se tuntuu ihan huomattavasti niinku jo siitä, että mä nousen sängystä, ku mä nousen ylös ja lähen jos puhelin soi, lähen siihen puhelimeen tai jotain silleen. Ni huomattavasti paremmin pääsen.

Jokaisella tutkimushenkilöllä oli selkeä ja hyvin motivoitunut asenne myös tapojen pysyvään säilyttämiseen tulevaisuudessa. Ruokavalion osalta tottumusten muuttaminen oli koko tutkimuksen ajan melko nousujohteinen prosessi.

5.1.2 Voimaantuminen liikuntaan

Kun voimaantumista liikuntatottumusten muutoksiin peilataan yksilötasolla, empowerment- prosessin eteneminen on erilainen kuin tarkasteltaessa saman prosessin kulkua suhteessa ruokavaliomuutoksiin. Lähtökohta tutkimushenkilöiden liikunnan lisäämiselle ei ollut helppo. Henkilöistä kukaan ei ollut aktiiviliikkuja, kaikki olivat ylipainoisia ja osa henkilöistä kärsi erilaisista vaivoista, jotka merkitsevästi haittasivat

jopa arkiliikuntaa. Lisäksi aineistosta voitiin havaita, että ihmisillä oli erilaisia tekosyitä, kun pohdittiin liikkumattomuutta.

Tapaus 3: ... Se talvisaika justiisa, se loppoaika, niin sillen vois niinkun ehkä tehdä jotakin enempiäkin ittesä hyväksin. Elikkä sitä liikuntaa ja muuta. Se tahtoo olla monta kertaa, et sitä jämähetään sohvaan.

Päämääränä jokaisella henkilöllä oli intervention alussa ylipäätään saada liikunta osaksi arkipäivää. Elämäntapamuutoksissa liikunnan osa-alueella voimaantumisen kategorioista nousivat merkittävimmin esiin kontekstiuskomukset. Apteekkitapaamisten rooli oikeanlaisena ympäristönä ja ilmapiirin luojana koettiin suurena lähdettäessä tavoittelemaan toista päätavoitetta. Apteekki tarjosi asiakkaille ohjelman avulla konkreettisia keinoja, kuinka päästä alkuun liikkumisessa. Tärkeänä asiana apteekin taholta korostettiin, että aivan pienillä muutoksilla voitaisiin toteuttaa liikunnan lisäämistä. Koska liikkuminen oli kaikille tutkittaville aluksi haasteellista, korostui apteekin henkilökunnan toimi ulkoisena voimaannuttajana. Toimintamallissa mietittiin henkilökohtaisia konkreettisia vinkkejä, kuinka liikuntaa saadaan lisätyksi päivittäiseen arkeen.

Tukihenkilö: ... Ja tää on ihan totta ”Puoli tuntia päivässä kerrallaan. Tai niitä 10 minuutin erä...

...

Tukihenkilö: ... Sitte tää, et pikku hiki. ”Kohtuullisesti kuormittaen, tuntemus kevyestä rasittavaan.” Ja kato. ”Kaikki lajit sopivat.” Myös hyötyliikunta, eli se puutarha on terveysliikuntaa koska siin tulee selkä märäks.

...

Tukihenkilö: ... Mut sit justiisa tää, et ”Nauttien ja kärsien.” Et muista nyt ku sä lähet lenkille... kannattaa lähteä niinkun just pienessä erässä.

Liikuntakannustimena ja -motivoijana toimivat mm. kotitehtävät, jotka käytiin läpi apteekkitapaamisissa. Niiden avulla voitiin mm. havainnollistaa tutkimushenkilöille, mikä oli heidän todellinen liikuntasuoristustensa kesto ja rasituksen taso suhteessa heidän omiin uskomuksiinsa. Esimerkiksi liikuntapäiväkirjan avulla asiakas oli konkreettisesti huomannut, että hänen liikkumansa määrät eivät todellisuudessa olleetkaan niin suuria kuin hän oli ajatellut, vaan liikuntamääriä olisi hyvä lisätä. Kontekstiuskomuksiin liittyvät rohkaiseminen ja tukeminen tulivat esille apteekkitapaamisissa, joissa asiakasta neuvottiin, kuinka jokaiselle päivälle voisi etukäteissuunnittelulla varmistaa liikuntatuokion. Uskon lisääntyessä omiin kykyihin myös asiakkaat itse olivat miettineet apukeinoja, joilla pystyisivät etukäteen varmistamaan liikunnan toteutumisen.

Tapaus 4: ... Mä oon laitellu istuimia sinne välille, et mä istun ja taas kävelen ja istun.

Käsitteen mukaan voimaantunut ihminen on löytänyt omat voimavaransa (Siitonen 1999). Tämä tuli esille jo pienelläkin liikunnan lisäämisellä, yksilö koki tyytyväisyyttä sekä omaan henkiseen että fyysiseen oloonsa. Omien rajojen ylittäminen nosti itseluottamusta ja itsearvostusta ja loi uskoa omiin kykyihin. Nämä ominaisuudet liittyvät kykyuskomuksiin.

Tapaus 1: ... siis mulle ainaki tulee semmonen, sen jälkeen ku on tietysti saanu vaatteet pois ja käyny suihkussa, ni sen jälkeen tulee semmonen tosi hyvä olo, että on niinku tehny jotain ittesä eteen...

...

Tapaus 4: ... alussa se tuntu ihan tämmöselle... sit siinä välissä... et hirveen hyvä mieli tuli ja kaikella lailla, että tuli semmonen... Että mä oon onnistunu vaikka se koskee.

...

Tapaus 2: ... Se ol kumma, että ku mä aina ku se aina ol hankala, ni minä vaan yritin painaa menemään.

Tukihenkilö: Hienoo.

Tapaus 2: Ja joku siinä sitte... En minä sitä tienny, et mikä siin ol, et se laukes sitte, et mä jaksan koiranki kanssa kävellä jo pitkiäki matkoja.

Voimaantumisprosessille ominaista on myös vastuu (Siitonen 1999). Sillä tarkoitetaan yksilön kokemaa valinnanvapautta. Autonomisesti toimiessaan henkilö kykenee voimaantuessaan kontrolloimaan ja arvioimaan omaa toimintaansa.

Tapaus 4: Sitäki mä oon välillä miettiny, et onks se ihan hölmö ajatus, että mennäkki autolla johonki ja kävellä sitte se tasasta tietä.

Näin pohti henkilö, jolle kodin lähellä oleva maasto oli liian mäkinen ja raskas ulkoiluun. Vapaudella, joka liittyy päämääräkategoriaan, yksilö pystyi voimaantumisprosessin aikana löytämään ratkaisuja tekijöihin, jotka olivat aiemmin olleet estäviä tekijöitä liikunnan suorittamiselle. Samoin kykyuskomuksiin liittyvä vastuu nousi esiin, kun apteekkitapaamisissa suunniteltiin yhdessä, kuinka liikuntatavoitteista voitaisiin pitää kiinni talvella. Esimerkiksi kaksi asiakasta suunnitteli konkreettisenä toimenä hankkivansa kuntopyörän, jotta voisi pitää kuntoa yllä myös silloin, kun liikkuminen ulkona ei olisi niin itsestään selvää. Näin toimiessaan he olivat halukkaita itse ottamaan vastuun kehityksestään ja menestyksestään.

Tapaus 2: ... Mutta mä oon sitä pyöräilyä ajatellu sillälaila, et mie ostan sen kuntopyörän.

...

Tapaus 3: ... Nyt oli nämä oikein liukkaat huonot kelit, ni mä otin ihan tavalliset hiihtosuksisauvat, mis oli terävä se... Ne oli kyllä ihan kätevät sit...

Voimaantumisprosessin neljäs pääkategoria on emotiot (Siitonen 1999). Tunteilla on suuri rooli, kun yksilö arvioi toimintaansa. Toiveikkaus, energisoiva toiminta ja

onnistumisen tunne ovat tärkeitä omien voimavarojen vapautumisessa. Intervention aikana tutkimushenkilöt kokivat liikunnan tuomat positiiviset muutokset miellyttävinä.

Tapaus 2: Sen nimittäin ihan huomaa tuota siinä olemuksessakii, että... Mun täytyy aina sanoo sillä tavalla, että "Nyt taas on vähän sellain olo, että nyt täytyy lähteä pyöräilemään." Ni sit se korjaantuu aina sitte.

...

Tapaus 3: Mut esimerkiksi liikunta on mun käsittääkseni 1 asia mikä oon erittäin positiivisena kokenu sen, että... Mullahan oli aikasempina vuosina lonkkasärkyjä ja semmosia, nyt on ettei mitään oo tänä talvena ollu. Eliikkä mä liikun tarpeeks... Nivelet saapi liikettä...

Aineistosta pystyi havaitsemaan, että liikuntatottumusten muuttaminen ja voimaantuminen liikunnallisempaan elämäntapaan ei ollut diabeetikoille niin helppoa ja yksinkertaista, kuin olisi voinut sen ajatella olevan ruokailutottumuksiin peilaten. Asiakkaat tarvitsivat selkeitä, konkreettisia esimerkkejä ja kannustimia. Voimaantumisen etenemisessä oli havaittavissa tietynlaista aaltoilua. Ensimmäisen tapaamisen jälkeen henkilöillä oli korkea motivaatio liikunnan aloittamiseen ja lisäämiseen. Tämän jälkeen oli havaittavissa, että usko omiin kykyihin ja motivaatio oli laskenut, jolloin apteekin henkilökunnan ulkoista voimaannuttamista ja tukea tarvittiin. Tutkimuksen lopussa oli jälleen nähtävissä, että luottamus omiin kykyihin ja omien voimavarojen tiedostaminen oli vahvistunut.

5.2 Voimaantuminen lääkehoitoon ja oma hoito

Kolmas tärkeä osa-alue johon diabetespotilaan hoito keskittyy elämäntapojen lisäksi, on oikeanlainen lääkehoito. Tutkimuksen alussa sekä sen edetessä seurattiin asiakkaiden lääkitystä, siinä tapahtuvia muutoksia ja heidän asenteita lääkkeitä kohtaan. Tutkimushenkilöiltä tiedusteltiin toiveita, joita heillä oli apteekki-intervention suhteen. Yksittäisinä päämäärinä painon pudotuksen lisäksi he ilmaisivat toiveensa lääkkeiden vähenemisestä.

Tapaus 1: Mähän aina haaveilen, et mä pääsen lääkkeistä eroon...

Tapaus 3: ... Tietysti sanotaan nyt vaikka näin... tai sais minun päähän taottua kaikki ne terveelliset elämäntavat sun muut, että päästäis näist lääkkeist vaikka eroon.

Aineistosta kävi ilmi, että mm. tiedollisten puutteiden vuoksi useampi henkilö oli omin päin lopettanut jonkin lääkkeen käytön, koska koki ne tarpeettomina.

Tukihenkilö: Miks sie oot lopettanu tän kolesterolin..?

Tapaus 1: No tota, mä en oikein tiää.

...

Tapaus 1: ... Mä nimittäin, no mä nyt katoin televisiosta esimerkiks yhen ohjelman jossa siitä keskusteltiin... Ja mä en niinku ollenkaan sata varma, että se on kovinkaan terveellistä syyä noita kolesterolilääkkeitä.

Tähän seikkaan apteekissa puututtiin. Apteekissa asiakkaalle havainnollistettiin kuvien kanssa korkeiden kolesteroliarvojen merkitystä ja kerrottiin kolesterolilääkkeen vaikutusmekanismista. Keskustelun jälkeen asiakas koki jo ymmärtäneensä, miksi lääkkeiden käyttöä kannattaisi kuitenkin jatkaa. Hän ymmärsi, että oikealla lääkityksellä voidaan vaikuttaa myös diabetekseen liittyviin oheissairauksiin tai niiden puhkeamiseen. Konkreettisia numeerisia kannustimia asiakkaalle oli tutkimuksen edetessä huomata, että alun korkeat kolesterolilukemat olivat intervention edetessä pudonneet jo lähelle normaaleja arvoja. Tämä kannusti asiakasta jatkamaan lääkkeen käyttöä ja todisti hänelle, että lääkitys oli tarpeellinen ja otettu aiheesta osaksi diabeteksen lääkelyä.

Samankaltaisia tilanteita oli myös toisten asiakkaiden kohdalla. Yksi tutkimushenkilö motivoitui uudelleen verenkiertolääkkeen käytölle, kun oli saanut tietää ensin syitä, miksi lääkettä kannatti käyttää preventiivisesti. Samoin toinen tutkimushenkilö aloitti uudelleen verenpainelääkityksen, kun oli saanut kuulla lisäinformaatiota sairaudesta.

Tapaus 3: ... Mutta ei se verenpainetautikaan, ni ei se minua niinku häiritse. En mä sitä niinku käytännössä huomaa... Ei mua huimaa ollenkaan eikä näin, että...

Tukihenkilö: Joo. Että vaikka se verenpaineahan on semmonen, että vaikka sitä niinku ite ei huomaa, ni se noita suonია kuitenkin rasittaa, että se ei... Sen takia ihan hyvä saaha, että ne suonet ei rasitu sitten, nii ihan sen takia kohilleen sitte.

Haastatteluaineistosta voitiin havaita, että apteekin tarttuessa havaittuihin epäkohtiin ja antamalla asiakkaalle oikeaa, perusteltua lääkeneuvontaa, myös asiakas voitiin sitouttaa hoitoon uudelleen. Tällöin apteekin henkilökunta oli jälleen toiminut ulkopuolisena voimaannuttajana. Lisäksi deduktiivisesti asiaa lähestyttäessä tässä voitiin nähdä jälleen kontekstiuskomukset. Apteekki toimintaympäristönä ja vuorovaikutuksessa tutkimushenkilöiden kanssa mahdollisti yksilön kehittymistä ja sisäisen voimantunteen muodostumista (Siitonen 1999).

Erään tarkemmin analysoidun henkilön lääkehoidossa havaittiin apteekissa useampia epäkohtia. Hän kertoi syövänsä nesteenpoistolääkettä, mutta koki, ettei siitä ollut apua. Hän totesi kärsivänsä paljon turvotuksista. Lääkkeistä keskusteltaessa huomattiin, että diabetes-, nesteenpoisto- ja verenpainelääkkeen kohdalla olisi suositeltavaa tehdä tarkistuksia.

Tukihenkilö: ... Mut mie suosittelisin, että menisit tarkistuttamaan tämän, just tän turvotuksen takia, vaikka sul on arvot sinällään näin hyvät, mutta tää turvotus rassaa sun sydäntäs.

...

Tukihenkilö: Ja sitten toisaalta myöskin tämä verenpainelääkitys, tämä Spesicor tää verenpainelääke. Tämä laskee sun sydämen rytmiä. No arvaa mikä siin on tulos?

Tapaus 4: Nii.

Tukihenkilö: Et ku sul on nestettä lisää pumpattavana ja sitte se pistetää alas se pumppaus, ni ei hyvä.

Asiakasta kannustettiin ottamaan asia puheeksi seuraavalla lääkärinvastaanottokäynnillä. Seuraavalle apteekkitapaamiselle asiakkaan lääkitystä oli korjattu ja tämän seurauksena myös hänen ikäviksi kokemansa turvotukset olivat vähentyneet. Tämän johdosta myös paino oli laskenut. Oikeanlaisen ruokavalion ja lääkityksen mukanaan tuoma painonpudotus oli asiakkaalle hyvin kannustava kokemus. Hän sai uutta voimaa uskoa kykyihinsä, vaikka olikin ajoittain kokenut, että painonpudotus olisi mahdotonta, koska liikkuminen oli hänelle hankalaa. Tässä tapauksessa apteekki toimi ensin ulkopuolisena voimaannuttajana oikeanlaisessa ilmapiirissä ja tästä seurasi asiakkaalle voimaantumiselle tyypillinen kykyuskomus. Henkilö koki, että hänellä on henkilökohtainen taito toimia niin, että tavoitteiden toteuttaminen mahdollistuu.

Diabeetikon omahoidolla on keskeinen osuus sairauden hoidossa (WHO 2003). On todettu, että kotona tapahtuva verensokeriarvojen seuranta motivoi ja sitouttaa hoitoon. Omaha-ohito tarkoittaa, että henkilö seuraa aktiivisesti elimistönsä muutoksia, esimerkiksi sokeriarvoja ja mukauttaa näiden tietojen valossa sairauden hoitoa. Haastatteluaineistosta pystyi tekemään havaintoja, kuinka aktiivista diabetespotilaan kotona tapahtuva omahoito on. Aineiston perusteella diabeetikoiden kotiseuranta vaihteli paljon. Osa suoritti mittauksia säännöllisesti ja piti kirjaa tuloksista, kun taas osa ei käyttänyt sokeri- ja verenpainemittareita lainakaan.

Tukihenkilö: ... Ja sinulla on se verenpainemittari kotona?

Tapaus 3 : On. Ja mä piän kirjanpitoa siis kerran viikossa otan ja panen. Mul on vihko mihin... Taikka semmonen oikein diabeteshoitajalta saatu kirjanen missä mä pidän. Ja samal mä otan sen, mikäs se on... Verensokeriarvon. Mä sain koneen siihenkin ja...

Niitä henkilöitä, joilla omahoito oli heikkoa, pyrittiin apteekkitapaamisten yhteydessä motivoimaan toimintatapojen muutoksiin ja kannustamaan aktiivisempaan kliinisten arvojen seurantaan. Eräällä tutkimushenkilöllä oli jo tutkimuksen lähtötilanteessa hyvin sitoutunut asenne mm. lääkehoitoihin. Hän otti lääkkeensä täsmällisesti ja tarkasti päivittäin ja rytmitti mm. aamupalan ajankohdan tarkasti annettujen ohjeiden mukaan. Henkilö myös koki, että sairauden hoitoon liittyvät elementit olivat kohdallaan ja hän

tunsi omaksuneensa tiedot sairauden hoidosta jo vuosia aiemmin, kun oli sairastunut diabetekseen. Apteekissa sen sijaan havaittiin, ettei hän ollut motivoitunut omahoidon seurantaan.

Tukihenkilö: ... Onks sul verensokerimittaria?

Tapaus 2: Ei. En mä ottanu sitä. Kyllä se tarjos mulle sitä, mut tuota ehän mä tiedä osaanks mä sitä käyttääkään. Sit täytyy opetella. No Antaa sen nyt olla.

Tukihenkilö: No myö voidaan sitä kans opetella täs ajan myötä. Koska se on kans sit semmonen, että niinkun se on kato kanssa se, että siin oppii nimittäin ihan hirveesti

Heikko voimaantuminen johtaa heikkoon sitoutumiseen, kun taas vahva voimaantuminen johtaa vahvaan sitoutumiseen (Siitonen 1999). Tutkimushenkilö oli selvästi voimaantunut monen seikan kohdalla, jotka ovat oleellisia tekijöitä diabeteksen hoidossa, mutta oman hoidon seurantaan, joka tapahtui mittareilla (verensokeri- ja verenpainemittari) hänellä oli havaittavissa heikkoa voimaantumista. Tuesta, kannustuksesta ja opettamisesta huolimatta hän ei halunnut ottaa käyttöön verensokerimittaria, koska hän ei kokenut sitä tarpeelliseksi ja ajatteli sen käytön olevan vaikeaa. Tässä voidaan tunnistaa voimaantumisteorian kategorioista kykyuskomukset. Eli yksilö on valmis ottamaan vastaan helpommin sellaista informaatiota, joka tukee hänen omaa käsitystään, mutta hän hylkää tai torjuu sellaisen tiedon, joka on ristiriidassa hänen oman näkemyksensä kanssa (Siitonen 1999).

5.3 Oma ja muiden suhtautuminen sairauteen

Tutkimushenkilöt kokivat diabetekseen sairastumisen hyvin eri tavoin. Heiltä tiedusteltiin, minkälaisia tunteita tieto sairastumisesta oli heissä itsessään herättänyt.

Tapaus 1: Kauheelta. Ihan hirveeltä. Mä aattelin, että pitääks mun jotain sokerilääkkeitä ja kohta piikittämään itseäni ja se tuntu ihan hirveeltä. Se oli mun katastrof.

...

Tapaus 4: Se ol kauhia järkytys kuule... Ku mä menin lääkäriin, ni sitte ne mittas, mittas vasta ku mie kerroin siitä, et mä... Ku ni ne sano: "Mitataanpas verensokeri." Se oli 16.

...

Tapaus 3: No tuota... En mä oikeestaan siitä sen kummempaa sitte ajatellu.

...

Tapaus 2: Ei se tuntunu miltää.

Tutkimusaineistosta nousi siis esiin joidenkin henkilöiden kohdalla välinpitämätön suhtautuminen sairauteen niin yksilön itsensä kuin läheistenkin taholta. Voimaantumisprosessin yhtenä elementtinä on konteksti, jossa diabeetikko toimii (Siitonen 1999). Vakavakin sairaus voi jäädä huonolle hoidolle sen vuoksi, että ihminen itse tai lähiympäristö ei tiedon puutteesta johtuen ymmärrä taudin vakavuutta vaan suhtautuu hoitoon välinpitämättömästi. Tämä voi johtaa huonoon hoitoon sitoutumiseen.

Tukihenkilö: No entäs sitte lähipiirissä? Miltä se tuntuu? Niinku tää sun diabetes? Ja miten lähipiiri suhtautuu tänä päivänä?

Tapaus 1: Ei ne suhtaudu mitenkään. Niin ku mä könötän tälleen. Ei ne mitenkään, ei ne oo koskaan, ei me ees jutella asiasta...

Tukihenkilö: Nii, vaan.

Tapaus 1: Niin siis silleen, ettei mua niinku vaivaa mikään, että nii...

...

Tukihenkilö: ... No mitäs puoliso tuumas?

Tapaus 2: No ei mitään. Ei se mikään katastrofi ollu.

...

Tukihenkilö: ... Minkälaista reaktiota sitte tää diabetes teki tuota lähipiiriin? Perheeseen, ystäviin, tuttaviiin? Onko siitä muuttunu?

Tapaus 3: No eipä ne sitä sen kummemmin. Mä luulin näin, että tuttavistakaan eikä sukulaisistakaan vissiin kaikki edes tiedäkkää asiaa

Näissä tilanteissa, joissa selvästi voitiin havaita, että huonompi hoitotasapaino johtui tietämättömyydestä, apteekin tarjoama tieto diabetestapaamisissa nousi asiakkaiden mielipiteissä suureen arvoon. He kokivat, että tapaamisten ansiosta sekä oma että läheisten suhtautuminen sairauteen muuttui. Tutkimushenkilöt totesivat, että apteekkitapaamisten ansiosta he olivat mm. tiedostaneet taudin mahdollisen periytyvyyden, joka puolestaan sai heidät suhtautumaan vakavammin myös omaan sairauteensa. Tämän seikan ymmärtäessään useampi asiakas koki, että heillä oli mahdollisuus ja taito valistaa läheisiään ja kertoa esimerkiksi lapsilleen, kuinka tyypin 2 diabetesta voidaan elämäntapamuutoksilla tehokkaasti ehkäistä jo ennalta, kun riski sairastumiseen on tiedossa.

Tapaus 4: Mut nyt tietysti ku ite ajattelee omia lapsia ja omaa perhettä, kyllä mä hirveesti olen niitä varotellu, et huolehtikaa aikanaan... nää herättää, siis niitaki ihmisiä, jotka ei tiedä eikä, joilla on suvussa ollu...

Tapaus 3: Sehän sillä meidän tyttärelläkin on, sil on kehittynyt sitte vuosien mittaan sitä ylipainoo... Sitähän mä oon sille leikkimielisest sanonu, että tuossa iässä varmasti, ni verenpainelääkkeetki sais heittää pois kun pudottais sen painon sitten...

Haastatteluaineistosta ilmeni, että apteekin henkilökunnan tarjoamalla informaatiolla oli suuri vaikutus diabeetikoiden asenteisiin suhteessa sairauteensa. Voimaantumiskategorioita tarkastellessa voi todeta, että apteekki loi oikeanlaisen kontekstin, jossa oli mahdollista luoda asiakkaalle kyky voimaantua oman sairautensa

oikeanlaiseen hoitoon. Apteekkikonteksti mahdollisti päämäärän saavuttamisen ja teki sen myös helpommaksi. Apteekkitapaamisissa asiakas pystyi luottamaan kontekstiinsa ja näin ollen tiesi, että toimintaympäristö tukee ja auttaa siinä mitä hän diabeetikkona oli tavoittelemassa.

5.4 Sosiaalisen kanssakäymisen merkitys

Hoitoon sitoutumista voidaan parantaa sillä, että asiakkaan ja apteekin henkilökunnan välillä vallitsee hyvä ja luottamuksellinen suhde. Haastatteluaineistoista pystyi havaitsemaan diabeetikoissa tapahtuvaa luottamusta ja muutosta, joka oli seurausta siitä, että he kokivat henkisesti saavansa apteekkitapaamisista paljon ja olevan eräällä tavalla vastuussa hoidon onnistumisesta myös apteekin henkilökunnalle eikä vain itselleen. Näin apteekkitapaamiset itsessään sosiaalisena tapahtumana paransivat asiakkaan hoitoon sitoutumista.

Kolmannella tapaamisella eräs asiakas osasi jo analysoida apteekkitapaamisten merkitystä sairautensa hoidossa. Keskustelussa tuli esiin empowerment -käsitteelle tyypillisiä seikkoja. Ensin asiakas koki tärkeäksi tietojen ja taitojen opettelemisen, reflektoinnin, ja näiden jälkeen toiminnan syklit, joissa hän itse oli aktiivisena osallistujana mukana (Siitonen 1999). Voimaantumisen osaprosesseista voitiin havaita kontekstiuskomukset ja emootiot. Koettujen tunteiden kautta tutkimushenkilö pystyi arvioimaan tavoitteita ja tulosten mahdollistumista. Näin esimerkiksi oikeanlainen toimintaympäristö antoi asiakkaalle kokemuksen positiivisesta latauksesta, energisoivasta toiminnasta ja innostuneisuudesta, joita tarvitaan omien voimavarojen vapautumiseen. Seuraavassa on tutkimushenkilön ajatuksia, joita hän koki merkittäviksi interventiossa sosiaalisen kanssakäymisen puolella.

Tukihenkilö: ”Miltä tuntuu ku sä tiedät et sul on apteekkitreffit edessä?”

Tapaus 1: ... ihan mukavalta... Esimerkiks kun mä oon tätä nyt tätä lenkkeilyä niinku vähän niinku siirtäny ja siirtäny ja siirtäny minä aamuna mä aloittasin. Ni nyt must tuntuu, et mä alotan sen huomenaamulla.

Tukihenkilö: Wau, kiva.

Tapaus 1: Että minuuhän vaikuttaa tämmöset ihan rehellisesti sanottuna...

...

Tapaus 1: ... Must tää on niin rentoa ja mukavaa...

Tukihenkilö: ... et sä saat ite jotaki?... Kahdenkeskiset kanssakäymiset.

Tapaus 1: Nii. Ja sehän on ihanaa. Eihän ne siinä jos sä käyt lääkärissä, ni eihän siellä koskaan tällee puhuta. Vaikka puhutaan minusta.

...

Tapaus 1: ... Tottakai mä ymmärrän, ettei siel oo aikaa käyttää näin paljon, mutta silti sen kokee, ettei siellä niinku perehdyttäis niinku minuun vaan se on ihan semmosta yleistä. ... tässä tuntuu, että mua niinku käsitellään ja mun asiaa hoidetaan. Ja mä koen sen silleen.

Myös muut tutkimushenkilöt painottivat, että mikäli ei tarkoitettu konkreettisia numeroita painonpudotuksessa ja sokeriarvoissa, niin tärkeimpinä asioina he pitivät tutkimuksessa ylipäänsä mielen virkistymistä ja terveenä pysymistä. Sosiaalisen kanssakäymisen ja tuen kannalta apteekkitapaamiset koettiin merkittävinä. Erityisesti asioista keskustelun asiakkaat kokivat erittäin tärkeäksi.

Tapaus 1: Ja sen mä vielä halusin sanoo, et sen kato ku ihmisestä itestää puhutaan, ni mäkihän oon hirveen arka puhumaan vieraille ihmisille itestäni koska must tuntuu, että ihmiset nykyaikaa vaan puhuu itestään. Et ne ei kuuntele edes mikä toisella on, ni sen takia tää tuntuu hyvältä. Täällä ihan niinku saa puhua itestää ja pitää puhua.

Tapaus 4: Ens ku tullaan tänne ja se... näin iso asia on kysymyksessä niinku minäki oon 2 tuntia suunnillee ollu kerrallaa aina ... Et mä oon niinku kokenu, että mie oon aina

hirveen hyvin voinu puhua. Ihan erilailla ku mennään lääkäriin ja ollaan se hetki. Ei ees muista ja vähän jännitetään ja muuta... Ja kaikki jää niinku pois...

5.5 Voimaantunut ihminen

Tässä tutkimuksessa analysoitiin kvalitatiivisesti neljä tutkimushenkilöä. Vuoden mittaisen apteekki-intervention aikana he kaikki saavuttivat monia päämääriä sekä kliinisillä- että elämäntapamittareilla mitaten. Lisäksi jokaisessa yksilössä voitiin havaita voimaantumisprosessin menestyksekkäs eteneminen.

Tapaus 1 ... Oon mä tyytyväinen itteeni. Mut se johtuu varmaan ihan siitä, et mä en oo siis ikinä saanu painoani pudotettua tälle, että mä oon sen... Se on niinku mulle ollu kaikista tärkeintä. Ja siinä sivussahan nää tulee nää arvojen paranemiset ihan itestää niinku, tavallaan kuitenkin.

Tapaus 2: "Mikäs tässä. Jatketaan entisillä elämäntyyleillä..." Tai siis näillä uusilla elämäntyyleillä.

Tapaus 3: Ne (elämäntavat) on sisäistyny... No mä sanoisin näin, että aika hyvin sisäistyneet ja mukautuneet siihen mukaan, että...

Kaikki tutkimushenkilöt saavuttivat diabeteksen hoidossaan sisäisen itsenäisyyden (Mönkkönen 2007). He pystyivät kokemaan oman toiminnan palkitsevana ja se loi onnistumisen tunteen. Voimaantumiselle ominaisesti he tunsivat oman elämänsä olevan hallinnassa ja heidän itsetuntonsa oli kohentunut (Siitonen 1999). Voimaantumisesta seurannut hyvinvoinninkokemus loi uskoa terveenä pysymisestä pidempään ja sitä kautta toiveikkuus tulevaisuuteen lisääntyi.

Tapaus 3: Tärkeintä se on miusta ainaki mitä minun kohdalla on ollu se, että kun sen sai aloitettua. Elikkä se, että sitä on niinku helpompaa sitten jatkaa niinku päivästä toiseen, kuukauest toiseen kun siit pääsee ees alkuun siitä. Että se alottamispäätös siinä.

5.6 Muita yleisiä havaintoja tutkimuksesta

Viidennellä ja kuudennella tapaamiskerralla asiakkaiden kanssa koottiin yhteen kuluneen vuoden aikana tapahtuneita muutoksia, jotka olivat seurauksia interventioista. Tutkimushenkilöt kertoivat syitä, miksi olivat alun perin kiinnostuneet lähtemään mukaan tutkimukseen. Joku oli lähtenyt mukaan pelkästä mielenkiinnosta, joku koki, että pystyisi paremmin noudattamaan terveellisiä elämäntapoja, kun olisi asiasta tietyllä tapaa vastuussa myös jollekin ulkopuoliselle. Osa taas koki omaavansa tietoa jo ennalta, mutta kaipasi kuitenkin ulkopuolista apua siihen, kuinka oikeanlaisia elämäntapoja pystyisi noudattamaan omassa elämässään käytännön tasolla. Vaikka monet asiat olivat olleet tutkimushenkilöille jo ennen projektia tiedossa, niin he eivät olleet kiinnittäneet niihin huomiota aiemmin, vaan ymmärrys ja tietämys asioita kohtaan olivat kasvaneet projektin edetessä.

Aineistosta pystyi myös havaitsemaan, että tutkimushenkilöt olivat vuoden intervention aikana tottuneet säännöllisiin tapaamisiin. Mikäli tapaamisissa oli ollut pidempi tauko, he kokivat kaipaavansa ammattilaisen tukea. Tästä heräsikin toive, että tutkimuksen päätyttyä jossakin vaiheessa järjestettäisiin vielä jatkoseurantoja esimerkiksi kahden vuoden ajan aina puolivuositain. Tiheämmin toistuvat tapaamiset osa koki liian sitoviksi.

Tapaus 3: Mä kokisin sen aika mielekkääks. Koska olis ainakin sitte kilvottelu jatkus

Tapaus 4: ... ”Jaa, mul ois apteekkitapaaminen sillon ja sillon. Ja nyt siitä pystytää taas keskustelemaan, et jos löytys jotain...” Jotain pontta niinku lisää...

Sen sijaan tutkimuksen aikana kaikki kokivat, että noin puolentoista kuukauden tapaamisväli oli sopiva ja kerralla niihin käytettävä aika riittävä.

Henkilöt myös kertoivat, että he kokivat koko tutkimusajan sellaiseksi, että kaikki muutokset olivat tapahtuneet ikään kuin itsestään, ”siinä sivussa”. Minkään asian vuoksi ei ollut tarvinnut taistella. Heidän mielestään työskentely elämäntapamuutosten kanssa ei ollut väkinäistä ja pakollista, vaan muutokset olivat tapahtuneet heidän elämässään

ilman suurempia ponnisteluja. Tästä voi ajatella, että diabeetikot olivat kokeneet onnistuneen voimaantumisprosessin ja pystyneet muuttamaan elämäntapojaan jo niin merkittävästi, että uudet tavat ovat pysyvämpiä myös pitkällä aikavälillä.

Tapaus 2: ”No siinähan se on mennyt.” Et mitään ihmeempiä, suurempia paineita ei ole ollut. Ja vastenmielistä se ei ole ollut.

Tutkimuksessa käytetyt materiaalit ja tehtävät asiakkaat kokivat pääsääntöisesti hyvinä työkaluina. Niiden avulla omia toimia pystyi tarkkailemaan helpommin ja konkreettisemmin. Jotkut kotitehtävät olivat joskus vaikeita ymmärtää tai vastata tai ne toistuivat liian usein. Tästä huolimatta tehtävistä pidettiin, sillä niiden avulla asioita oli helpompi pitää mielessä ja ne koettiin hyvinä muistuttajina.

Tapaus 3: ... Auttaa vähän sitä omatoimisuutta

Asiakkailta tiedusteltiin myös mielipiteitä, kuinka he kokivat apteekkitapaamiset ja diabeteshoitajan vastaanotot. Molempia tapaamismuotoja pidettiin tärkeinä, mutta erilaisina. Asiakkaiden mielestä tapaamisten asiasisällöissä ei ollut juurikaan päällekkäisyyksiä. Apteekkitapaamisissa asiakkaat kokivat saavansa yksilöllistä, juuri heille räätälöityä ohjausta ja ennen kaikkea kokonaisvaltaisesti. Diabeteshoitajan vastaanoton he kokivat joskus lähinnä kliinisten arvojen mittauspaikaksi, mutta pitivät sitä kuitenkin tärkeänä sairauden seurannan kannalta. Tutkimushenkilöt totesivat kuitenkin, että diabeteshoitajan vastaanotolla ei keskitytä ihmiseen itsessään niin kuin apteekkitapaamisissa.

Tukihenkilö: ... No miten sä sitten niinkun mietit sitä, et mikä siin on ollu sit nyt näis meidän apteekkitapaamisissau... Mikä on ollu se juttu mikä on kannustanu sua eteenpäin?

Tapaus 1: Mä en tiä muuta ku, että ku me tässä keskustellaa, ni mä ku lähen täältä, ni mul on semmonen hirveen virkee ja energinen olo. Ja sellanen, että mä haluan jatkaa niinku samalla tyylillä. Ja mä haluan niinku, en sinun takia, vaan itteni takia niinku osottaa, että... Nii, et mä pystyn...

...

Tapaus 4: Kyl minusta ne on ollu hirviän hyvin kyllä... Ja tietysti tää on just tämmöstä yksilöllistä. Että tää on minusta niinku uskomatonta, mä en vielä kää voi uskoa tätä. Siis tämmöstä mahdollisuutta, että mä voin tulla tänne ja höpötellä täällä ku mä tiän kuitenkin sen, että mitä kiire on. Ni kyl mä oon hirveen hyvillä... Tää on niin yksityis...

Tutkimuksen lopuksi henkilöiltä kysyttiin heidän yleistä mielipidettä tutkimuksesta ja sen sisällöstä. Kaikki neljä, jotka tässä tutkimuksessa analysoitiin, ilmoittivat olevansa erittäin tyytyväisiä apteekkiohjelmaan.

Tapaus 3: Mä suosittelisin lämpimästi kyllä henkilölle... ihan varmasti lähes jokaisella ylipainosella diabetestä sairastaval henkilöl... niil ei ole itellä niin paljo... Mikskähän sitä nyt vois sanoo... Ne eivät niinku osaa päättää sitä asiaa. Et nyt mun pitäs jotain tehdä, ku mä oon tämmösessä... Tämmöseen kun pääsee mukaan ja siinä on sitte sparraaja mukana, ni se on ehkä helpompi tehdä se päätös sitte.

Tapaus 4: Mä oon hirveen hyvilläni, että tää on mulle niinku lottovoitto kun mä pääsin tähän ryhmään... miusta tää on ollu kyl suurenmoista tää juttu.

Asiakkailta kysyttiin myös parannusehdotuksia käytettyyn interventioon. Mitään huonoa tai parannettavaa he eivät apteekkiohjelmasta löytäneet.

Tapaus 1: Mä en siis tohon osaa sanoo mitään. Koska tota jos mä oon tällä tavalla onnistunu, ni mun mielestä mä oon saanu kaiken.

6 TULOSTEN TARKASTELU JA POHDINTA

Tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa, millainen voimaantuminen diabetespotilaassa tapahtuu, kun hän osallistuu säännöllisiin apteekkitapaamisiin, joiden tarkoituksena on pyrkiä edistämään diabeetikon hoitoon sitoutumista, omahoitoa ja elämäntapamuutoksia. Ensisijainen päämäärä oli selvittää voimaantumisen ilmeneminen

yksilötasolla. Tähän tutkimuskysymyksen tarkasteluun sopi kvalitatiivinen lähestymistapa (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008). Tutkimusmenetelmistä haastatteluilla voidaan selvittää yksilöiden ajatuksia, asenteita ja kokemuksia. Kahdenkeskisen apteekkiohjelman vaikutuksista hoitoon sitoutumisessa tai omahoidossa voimaantumisen kontekstissa oli aiemmin vain vähän tutkimustietoa, joten sen vuoksi haastattelumenetelmä oli sopiva tämän tutkimuksen aineistonkeruuseen. Vähäisen tutkimustiedon vuoksi ei tutkimuksessa myöskään haluttu liian tiukasti sitoutua teorian kautta tapahtuvaan tulkintaan.

6.1 Kvalitatiivinen haastatteluaineisto

Teemahaastattelu on keskustelunomainen tilanne, jossa ihmisten vapaalle puheelle annetaan tilaa (Eskola ja Suoranta 1999). Kuitenkin tietyt ennalta päätetyt teemat pyritään käymään keskustelun aikana läpi (Hirsjärvi ja Hurme 2000). Avoimessa haastattelussa haastattelija ja haastateltava ovat vuorovaikutuksessa keskenään ja haastattelija pyrkii luomaan tilanteesta luontevan ja avoimen. Avoin haastattelu muistuttaa tavallista keskustelua, jossa keskustelu tietyn aihepiirin sisällä etenee vapaasti ja pitkälti haastateltavan ehdoilla. Haastattelija antaa tilaa haastateltavan kokemuksille, tuntemuksille, mielipiteille ja perusteluille, eikä tarjoa valmiita vastauksia. Haastateltava saa puhua asiasta vapaasti.

Tutkimusaineisto apteekkitapaamisista kerättiin käyttäen sekä teemahaastattelun että avoimen haastattelun täyttäviä kriteereitä. Apteekkitapaamisissa keskustelut asiakkaiden kanssa pyrittiin käymään tiettyjen ennalta suunniteltujen teemojen mukaisesti. Interventiossa ei kuitenkaan pyritty tiukkaan laboratoriomaiseen tutkimukseen, vaan tapaamisten tavoitteena oli luoda hyvä ja luottamuksellinen suhde apteekin tukihenkilön ja asiakkaan välille. Tämän vuoksi asiakkaita ei haluttu pakonomaisesti pitää tiukasti kiinni ennalta määritellyissä teemoissa, vaan heidän annettiin, niin halutessaan, puhua ja keskustella myös muista aihepiirin ulkopuolella olevista asioista. Näin teemahaastattelu ohjautui avoimen haastattelun suuntaan. Tällä oli suuri merkitys välittömän ja luottamuksellisen ilmapiirin rakentumisessa.

6.2 Aineiston edustavuus

Ominaista laadulliselle tutkimukselle on, että tutkimusaineisto on laaja, vaikka otanta olisi pieni (Hirsjärvi ym. 2005). Aineisto, jota tässä pro gradu -tutkielmassa käytettiin, on osa väitöskirjatyöhön liittyvää materiaalia. Koska tässä työssä haluttiin tutkia, kuinka onnistunut voimaantuminen tapahtuu ja ilmenee, valittiin aineistoksi neljä menestyksekkäimmin onnistuneen voimaantumisprosessin läpikäynyttä tapausta. Menestyminen mitattiin positiivisina muutoksina kliinisissä arvoissa ja elämäntapamittareissa. Tätä kutsutaan teoreettiseksi valinnaksi (Smith 2002). Se tarkoittaa, että tutkittavat valitaan taustateorian tai aiempien tulosten perusteella. Näin tutkittavaksi saadaan haluttua ilmiötä kuvaavia henkilöitä. Kaikkia tutkimushenkilöitä yhdisti jo ennalta hyvin motivoitunut asenne oman sairauden hoitoon ja heillä oli halu sitoutua apteekkiohjelmaan.

Tutkimustuloksia ei voida yleistää koskemaan kaikkia henkilöitä, joilla on puutteita oma hoidossa ja hoitoon sitoutumisessa. Yksilön kykyyn sitoutua tämänkaltaiseen interventioon vaikuttavat mm. henkilön muut sairaudet ja elämäntilanne. Toisaalta yleistettävyyden tavoittelu ei ole edes tarkoituksenmukaista tämän tutkimuksen kohdalla, koska tutkimuksen päämääränä oli selvittää, mitä juuri yksilötasolla ihmisessä itsessään tapahtuu voimaantumisprosessin aikana. Vielä useamman tutkimushenkilön haastatteluaineistoja läpikäymällä olisi tutkimukseen ehkä voinut ilmaantua uusia näkökulmia. Toisaalta jo näissäkin käsitellyissä tapauksissa oli havaittavissa aineiston kylläntyminen eli saturaatio ainakin havaittujen pääteemojen kohdalla (Eskola ja Suoranta 1999).

6.3 Kvantitatiivinen aineisto

Triangulaatiolla tarkoitetaan useamman eri tutkimustavan, menetelmän, tutkijan, tietolähteen tai teorian käyttöä (Tuomi ja Sarajärvi 2003). Tässä työssä tutkimusaineiston hankinnassa käytettiin haastatteluja ja erilaisia kyselyitä. Tätä kutsutaan menetelmätriangulaatioksi (Eskola ja Suoranta 1999). Kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimusotteen yhtäaikainen käyttö laajentaa ja syventää tutkimuskohteesta saatavaa tietoa. Väitöskirjatyöhön liittyen käytettävissä oli myös

kvantitatiivista aineistoa. Diabeetikoiden hoitotuloksien parantumista mitattiin kliinisten laboratorioarvojen avulla. Tärkeimmät mittarit olivat sokeroitunut hemoglobiini, kolesteroliarvot, verenpaine, paino ja vyötärön ympärys. Lisäksi ruokailutottumusten osalta tutkimushenkilöt täyttivät testejä, jotka mittasivat käytetyn suolan, kuidun ja kasvien määrää sekä rasvan laatua että määrää. Myös liikunnan osalta asiakkaat pitivät kirjaa päivittäisestä liikunnan määrästä ja rasituksen tasosta.

Näitä kaikkia edellä mainittuja mittareita käytettiin määritettäessä voimaantumisprosessissa parhaiten menestyneet henkilöt. Näillä henkilöillä kliinisillä ja elämäntapamittareilla saadut tulokset korreloivat ja vahvistivat pääsääntöisesti hyvin myös haastatteluaineistosta nousevan voimaantumisen muodostumisen kanssa. Alkuperäisaineistosta (n=19) saattoi kuitenkin havaita, että kliinisiä mittareita lukuun ottamatta monet asiakkaat olivat kokeneet muut elämäntapatestit vaikeiksi, epäselkeiksi ja liian paljon aikaa vieviksi. Tämä näkyi mm. useamman henkilön kohdalla puuttuvina arvoina tai selkeästi väärin tehtyinä tehtävinä joissakin testituloksissa. Tämän vuoksi käytettyjen mittareiden perusteella laskettu summamuuttujataulukko (Taulukko 6) ei ollut kattava jokaisen alkuperäisen tutkimusjoukon henkilön osalta. Kaikki henkilöt, joilta puuttui jokin mittausarvo, kirjattiin tässä työssä keskeyttäviksi. Tästä johtuen menestyksekkäästi apteekkiohjelmassa menestynyt henkilö on saattanut jäädä analyysin ulkopuolelle. Henkilö on esimerkiksi voinut sitoutua hyvin elämäntapamuutoksiin käytännön tasolla, muttei ole jaksanut tai osannut tehdä tutkimukseen liittyviä tehtäviä. Yksittäiset puuttuvat arvot eivät kuitenkaan heikennä tämän tutkimuksen tulosten luotettavuutta, koska nyt tarkempaan analyysiin valitut neljä tapausta olivat selkeästi parhaiten tässä interventiossa menestyneitä (Taulukko 6).

Kun vastaavanlaisia ohjelmia seuraavan kerran toteutetaan, tulisi erityistä huomiota kiinnittää testien ja kotitehtävien selkeyteen. Maallikolle jotkut (esim. kuitu- ja liikuntatottumus) testit osoittautuivat liian hankaliksi. Lisäksi testeihin vastaaminen on hyvin subjektiivista. Joillekin kaupassa käynti on liikuntaa, joillekin ei. Samoin se, kuinka esimerkiksi ymmärretään hikoiluliikunta, riippuu yksilöstä. Myös yksilöllä itsellään voi sen hetkinen fyysinen ja henkinen tila, ”päivän kunto”, näkyä vastauksissa.

6.4 Tutkimuksen toteutus

Tähän työhön tutkimusaineisto oli valmiina, koska se oli kerätty meneillään olevaa väitöskirjatyötä varten. Väitöskirjatyössä aineistonkeruu oli huolellisesti suunniteltu, sillä väitöskirjantekijä oli tehnyt jo aiemmin pilottitutkimuksen kyseisestä aiheesta (Parkkamäki 2003). Lisäksi apteekkitapaamisten sisällön suunnittelussa, materiaaleissa ja kotitehtävissä hyödynnettiin Ikihyvä -tutkimusta, joka itsessään on jo usean vuoden ajan käynnissä ollut suuri tutkimushanke (Ikihyvä Päijät-Häme 2002).

Tähän työhön valittiin sekä deduktiivinen että induktiivinen lähestymistapa sen vuoksi, että kyseistä asiaa ei ole juuri aiemmin tutkittu. Tällä tavalla haluttiin varmistaa mahdollisimman laaja-alainen informaation saanti. Deduktiiviseksi lähestymistavaksi valittiin Siitosen (1999) määrittelemät voimaantumisen kategoriat, koska hän on tehnyt aiheesta hyvin laajan ja kattavan väitöskirjatyön suomalaisesta näkökulmasta. Deduktiivinen lähestyminen auttoi myös aineiston tulkinnessa (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008). Sen avulla pystyttiin aineistoa tarkastelemaan tietyistä näkökulmista. Induktiivisessa lähestymistavassa analyysiä lähdettiin aluksi tekemään varsin vapaasti ilman ennako-odotuksia. Aineistoa lukiessa siitä nousi kuitenkin pian esiin diabeteksen hoidon kulmakivet (ruokavalio, liikunta ja lääkehoito), tapaamisten sosiaalisen kanssakäymisen merkitys sekä diabeetikoiden kiinnostus tällaisesta apteekin toimintamuodosta. Näiden teemojen noustua esiin niiden ilmenemistä alettiin seurata ja tarkentaa syvemmin.

6.5 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa on perinteisesti käytetty käsitteitä valideetti ja reliabiliteetti (Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka 2006). Mielipiteet näiden termien sopivuudesta laadullisen tutkimuksen arvioinnissa vaihtelevat tutkijoiden keskuudessa. Osa tutkijoista soveltaa perinteisiä käsitteitä, osa on kehittänyt termeille paremmin laadulliseen tutkimukseen sopivia sisältöjä ja jotkut tutkijat ovat luoneet kokonaan aivan uusia termejä arvioinnin apuvälineiksi (Eskola & Suoranta 1999).

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä triangulaation avulla (Tuomi & Sarajärvi 2003). Tässä työssä käytettiin sekä haastatteluita että kyselyitä, jotka täydensivät toisiaan. Toisaalta kahden eri aineiston avulla pystyttiin tekemään havaintoja myös apteekkiohjelman heikkouksista. Aineistoista voitiin havaita ristiriitaisuuksia esimerkiksi siinä, kuinka tutkimushenkilö ilmoitti haastattelutilanteissa käyttävänsä erilailla kasviksia tai harrastavansa liikuntaa kuin mitä hän oli vastannut testeihin. Tätä ilmiötä selitti se, että tutkimushenkilöt kertoivat, että olivat kokeneet jotkut tehtävät vaikeiksi ja ymmärtäneet ne väärin. Tämä havainto oli kuitenkin tärkeä, sillä tämän tiedon avulla voidaan apteekkiohjelmaa ja siinä käytettyjä tehtäviä kehittää.

6.5.1 Validiteetti

Laadullisessa tutkimuksessa validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen pätevyyttä, uskottavuutta ja vakuuttavuutta (Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka 2006). Uskottavuudella tarkoitetaan sitä, että tutkimusaineistosta tehdyt tulkinnot vastaavat sitä, mitä tutkimushenkilöt ovat sanoneet (Eskola & Suoranta 1999). Tutkijan objektiivisesta asennoitumisesta huolimatta tehtyihin tulkintoihin voivat vaikuttaa mm. tutkijan oma asenne ja ennako-odotukset. Tämän tutkimuksen validiteettia olisi voitu parantaa, jos myös joku toinen henkilö olisi tehnyt aineistosta laadullisen analyysin. Toisaalta tutkimuksen tekovaiheessa käytiin keskusteluja haastattelut tehneen henkilön kanssa ja sitä kautta voitiin havaita, että hänen sekä analyysin tehneen havainnot olivat hyvin samansuuntaisia.

Myös oikeanlaisen kohderyhmän valinnalla voidaan vaikuttaa tutkimuksen validiteettiin (Smith 2002). Koska tässä työssä haluttiin syventyä nimenomaisesti onnistuneeseen voimaantumisprosessiin, käytettiin kohderyhmän valinnassa teoreettista valintaa. Näin pyrittiin varmistamaan, että kohderyhmä muodostui ihmisistä, jotka kuvaisivat mahdollisimman hyvin tätä ilmiötä.

6.5.2 Reliabiliteetti

Alun perin reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen toistettavuutta (Hirsijärvi ym.2005). Koska kvalitatiivinen tutkimus on jo lähtökohdiltaan erilainen kuin kvantitatiivinen

tutkimus, ei ole järkevää ajatella, että sama laadullinen tutkimus voitaisiin toisena ajankohtana toistaa samoin tuloksin (Hämeen-Anttila ja Katajavuori 2008). Kvalitatiivisessa tutkimuksessa reliabiliteetin määrittelynä voidaanakin mieluummin käyttää mm. siirrettävyyttä ja vahvistettavuutta.

Siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, voidaanko tulokset siirtää johonkin toiseen vastaavaan ympäristöön (Kylmä ja Juvakka 2007). Tulosten siirrettävyys toiseen kontekstiin riippuu tutkitun ympäristön ja sovellusympäristön samankaltaisuudesta (Lincoln ja Cuba 1985). Tämän tutkimuksen interventiona oli laaja ja hyvin suunniteltu apteekin toimintamalli. Tutkimus ei ollut erityisesti juuri tiettyyn apteekkiin suunniteltu, vaan vastaavaa toimintaa voitaisiin toteuttaa missä tahansa apteekissa. Siirrettävyys siis parantaa tämän tutkimuksen reliabiliteettia. Vahvistettavuudella tarkoitetaan tutkimustulosten vertaamista aiempiin tutkimustuloksiin (Alasuutari 1995). Tällaista aivan vastaavaa tutkimusaineistoa ei ole olemassa, koska kyseistä toimintamallia ei ole aiemmin apteekkeissa toteutettu. Sen sijaan on paljon tutkimuksia, joissa käsitellään erikseen tässä tutkimuksessa olleita elementtejä, mm. elämäntapojen merkitystä, voimaantumista ja apteekin neuvontatyötä. Näissä tutkimuksissa on päädytty pääosin samoihin tuloksiin kuin tässäkin tutkielmassa. Näiden tutkimuksien tuloksia peilataan tarkemmin tämän työn tuloksiin tulosten pohdintaosiossa (kohta 6.6).

Toistettavuutta voidaan kvalitatiivisen tutkimuksen puolella käyttää kuitenkin silloin, kun pohditaan aineiston analysoinnin toistettavuutta (Smith 2002). Tässä työssä aineisto luettiin ja koodattiin useita kertoja tutkimuksen analysointi vaiheessa. Tämän tutkimuksen reliabiliteettia olisi voitu kasvattaa, jos myös toinen tutkija olisi tehnyt koodauksen. Tutkimuksen reliabiliteettia sen sijaan parantaa se, että haastatteluaineistot on tallennettu, jolloin se mahdollistaa aineistoon palaamisen myöhemmin (Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka 2006).

Tutkimuksen neljästä haastattelusta kolme oli saman henkilön toteuttama ja neljäs haastattelu oli toisen tutkimukseen osallistuvan henkilön suorittama. Tämä saattaisi olla reliabiliteettia heikentävä seikka, koska erityisesti avoimessa haastattelussa korostuu haastattelijan persoonallisuus ja hänen vuorovaikutus- ja haastattelutaitonsa (Saaranen-Kauppinen ja Puusniekka 2006). Tosin tämän työn aineistoa lukiessa oli selkeästi

havaittavissa, että kolme haastattelua toteuttanut henkilö oli paremmin orientoitunut tutkimuksen aihepiiriin ja tätä kautta pystyi paremmin ohjaamaan tapaamisia ilman, että olisi tarjonnut haastateltavalle valmiita vastauksia (Eskola & Suoranta 1999; Hirsjärvi ja Hurme 2000). Näin voidaankin esittää, että tämän tutkimuksen haastattelut oli pääsääntöisesti kerännyt paremmat haastattelukyvyt omaava henkilö, joten tämä yksi, toisen henkilön toteuttama haastattelu, ei heikennä tutkimuksen tuloksia. Toisaalta kyseessä on myös apteekin toimintamallin testaus, jolloin neuvonnasta vastaavina henkilöinä olisi suuri joukko farmaseutteja ja proviisoreja, jos toimintamalli tulisi laajempaan käyttöön. Tällöin neuvontakoulutus olisi ehdoton edellytys tukihenkilönä toimimiselle.

Koska laadullisen tutkimuksen tavoitteena on lisätä ja syventää ymmärrystä tutkittavasta ilmiöstä ei tutkittavien määrä ole ratkaiseva tekijä, vaan se, kuinka hyvin heidät on onnistuttu valitsemaan tutkimuksen tavoitteiden mukaisesti (Alasuutari 1995). Vaikka tässä tutkimuksessa oli mukana vain pieni määrä tutkittavia, niin myös jo tässä aineostossa oli havaittavissa kylläntymistä. Tämä osoittaa, että kohderyhmä oli hyvin valittu. Myös aineiston kylläntyminen eli saturaatio lisää tutkimuksen reliabiliteettia. Kylläntyminen on pyritty tuomaan tutkimuksessa esiin. Samaan aihepiiriin liittyvistä huomioista on valittu sitaatteja eri tutkimushenkilöiltä. Näin on pystytty paremmin kuvaamaan aineistoa, mistä johtopäätökset on tehty (Eskola & Suoranta 1999).

6.6 Tulosten pohdinta

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, kuinka apteekin farmaseutti tai proviisori voi omalla työllään tukea diabetespotilaan omahoitoa, hoitoon sitoutumista ja elämäntapamuutoksien toteutumista ja niiden pysyvyyttä. Lisäksi haluttiin selvittää, kuinka diabeetikko itse yksilötasolla kokee oman sairautensa ja minkälaisen voimaantumisprosessin hän läpi käy silloin, kun on valmis sitoutumaan oman sairautensa hoitoon. Asiaa tarkasteltiin voimaantumisen teorian näkökulmasta.

Tutkimuksessa havaittiin, että vuoden mittaisen intervention aikana voitiin saavuttaa pysyviä muutoksia elämäntapoihin, muuttaa ruokavalio- ja liikuntatottumuksia, mikäli yksilöllä itsellään oli halu ja motivaatio sitoutua tämänkaltaiseen tukiohjelmaan.

Kiinnittämällä huomiota terveellisempiin elämäntapoihin saavutti jokainen tutkimukseen osallistunut henkilö merkittäviä parannuksia lähes kaikissa kliinisillä mittareilla mitatuissa arvoissa. Tämä sama, oikeanlaisten elämäntapojen merkitsevyys sairauksien ehkäisyssä tai hoidossa on osoitettu myös monissa muissa aiemmin tehdyissä tutkimuksissa (Tuomilehto ym. 2001; Knowler ym. 2002). Samoin apteekkien tarjoaman tehostetun neuvonnan vaikutus positiivisesti klinisiin parametreihin on todettu aiemmissa tutkimuksissa (Cranor ym. 2003; Garrett ja Bluml 2005; Kiel ja McCord 2005; Krass ym. 2006; McCord 2006; Vivian 2007; Botomino 2008; Mehuys ym. 2008).

Tutkimusaineistosta voitiin huomata, että vaikka henkilöillä oli aikaisempaa tietoa diabeteksestä, sen hoidosta ja elämäntapojen merkityksestä, kokivat he kuitenkin kaipaavansa sairauden hoitoon ja erityisesti muutosten toteuttamiseen tukea ulkopuoliselta taholta. Tässä tehtävässä apteekin rooli nousi keskeiseksi. Tutkimushenkilöt ilmaisivat apteekin henkilökunnan tärkeän merkitsevyyden oikeanlaisen kontekstin muodostajana. Myönteisessä ilmapiirissä käydyt keskustelut ja tarjottu informaatio antoivat asiakkaalle tunteen, että heidät huomioidaan kokonaisvaltaisesti. Näin apteekki toimi ulkopuolisena voimaannuttajana, mikä puolestaan edisti yksilön itsensä voimaantumista.

Voimaantumisprosessin etenemistä ja merkitystä kahdenkeskisissä apteekkitapaamisissa ei ole aiemmin tutkittu. Sen sijaan aiempaa tutkimustietoa löytyy mm. ryhmässä voimaantumisen ja esimerkiksi muiden terveydenhuollon henkilöiden tarjoaman diabetesneuvonnan vaikutuksista voimaantumisen kontekstissa (Keers ym. 2004; Pibernik-Okanovic ym. 2004; Panja ym. 2005; Adolfsson ym. 2007; Sigurdadóttir ym. 2009; Vadstrup 2009). Näissä kaikissa tutkimuksissa on päädytty samaan lopputulokseen kuin tässäkin työssä. Voimaantuminen on oiva tapa lähestyä diabeteksen hoitoa ja sen avulla pystytään diabeetikkoa paremmin sitouttamaan hoitoonsa, koska voimaantumisprosessissa diabeetikko itse on tällöin keskeisessä asemassa aktiivisena toimijana. Voimaantumisen näkökulmasta tarkastelluissa interventioissa mukana olleet henkilöt kokivat, että projektin aikana heidän kykynsä hallita sairautta ja koko heidän elämänlaatunsa oli parantunut merkittävästi.

Tässä työssä havaittiin myös, että voimaantuminen tapahtuu eri tavoin eri asioihin. Ruokavaliomuutosten osalta yksilö edistyi koko tutkimuksen ajan melko nousujohteisesti. Jokaisella tapaamiskerralla asiakkaat ilmoittivat kiinnittäneensä aiempaa enemmän huomiota tekemiinsä valintoihin ruoan laadussa ja määrässä. Sen sijaan liikuntatottumusten muuttaminen ja voimaantuminen liikunnallisempaan elämäntapaan ei ollut diabeetikoille niin helppoa ja yksinkertaista. Voimaantumisen etenemisessä pystyi havaitsemaan tietynlaista aaltoilua. Ensi tapaamisen jälkeen henkilöillä oli korkea motivaatio liikunnan aloittamiseen ja lisäämiseen. Myöhemmin huomattiin, että motivaatio ja usko omiin kykyihin olivat laskeneet, jolloin tarvittiin apteekin henkilökunnan ulkoista voimaannuttamista, tukea ja kannustusta. Tällä oli selkeästi merkitystä diabeetikoille, sillä tutkimuksen lopussa oli jälleen nähtävissä, että luottamus omiin kykyihin oli palannut ja kokemukset liikunnan mukanaan tuomista positiivisista muutoksista koettiin miellyttävinä.

Tutkimuksessa selvisi, että diabeetikoiden aktiivisuus kotona tapahtuvassa omahoidossa vaihteli paljon. Osa henkilöistä suoritti sokeri- ja verenpainemittauksia rutiininomaisesti ja osa ei käyttänyt mittareita lainkaan. Tutkimusaineistosta havaittiin myös, että asiakkailla oli puutteellisia tai jopa vääriä tietoja käytössään olevista lääkkeistä. Väärät tiedot, aiheettomat pelot ja tuen puute olivat saaneet heidät mm. lopettamaan lääkityksiään omin päin. Tämän saman seikan oli havainnut myös Jokisalo väitöskirjatyössään, joka käsitteli verenpainepotilaiden hoitoon liittyviä ongelmia (Jokisalo 2005). Apteekin merkitys hoitoon sitouttamisen edistäjänä tuli esiin tälläkin osa-alueella. Kun kyseisiä epäkohtia havaittiin ja niihin puututtiin, pystyttiin diabeetikko jälleen ohjaamaan käyttämään oikeanlaista lääkehoitoa. Huomattavaa oli, että uudelleen sitouttaminen oli suhteellisen helppoa, kun siihen oli käytettävissä kahdenkeskistä aikaa. Asiakkaalle oli mahdollista perustella syyt konkreettisesti ja näyttää esimerkiksi kuvia apuna käyttäen kolesterolilääkkeen vaikutukset verisuonissa tai kertoa preventiivisen lääkityksen oleellisesta merkityksestä diabeteksen hoidossa ajatellen mahdollisia liitännäissairauksia ja niiden ilmaantuvuutta.

Ehkä yllättäen, ainakin tutkijalle, aineistosta nousi esiin joidenkin henkilöiden välinpitämätön suhde diabetekseen. Huolettomuutta ilmeni sekä yksilön omissa että läheisten mielipiteissä ja asenteissa. Apteekkitapaamisten merkitys korostui tässä

kohtaa, sillä diabetesohjelman tarjoaman informaation ansioista sekä diabeetikoiden oma että läheisten suhtautuminen sairauteen muuttui. Tutkimushenkilöiden tieto ja ymmärrys mm. taudin periytyvyydestä syventyi. He kokivat itse olevansa tärkeässä roolissa kertoessaan esimerkiksi lapsilleen, kuinka sairautta voidaan ennaltaehkäistä oikeanlaisilla elämäntavoilla, kun riski sairastumiseen on tiedossa.

Tämän työn aineistosta havaittiin myös, etteivät tutkimushenkilöt pitäneet pelkästään kliinisin mittarein mitattavia tuloksia merkittävinä miettiessään apteekkiohjelman antia. Jokainen henkilö nosti esille sosiaalisen kanssakäymisen merkityksen ja asiakkaalle henkilökohtaisesti annetun ajankäytön. Erityisen tärkeäksi he kokivat asioista keskustelun tukihenkilön kanssa rauhallisessa ja luottamuksellisessa ilmapiirissä. Asiakkaat kokivat olevansa etuoikeutettuja saadessaan osallistua tukiohjelmaan, sillä he kokivat tämän päivän kiireisen elämäntavan keskellä ihmeellisenä, että jollakin oli aika ja halu paneutua asioihin ajatuksella. Tällä he viittasivat siihen, että asioidessaan esimerkiksi lääkärin- tai diabeteshoitajan vastaanotolla, oli näissä tilanteissa usein niin kiire tai jokin muu syy, ettei asiakasta ehditty ottaa huomioon kokonaisvaltaisesti.

Voimaantumisen osatekijät vaativat aikaa. Voimaantuminen elämäntapamuutoksiin ei käy hetkessä. Tässä työssä voitiin vuoden mittaisella interventiolla saavuttaa monia edistyksiä niin kliinisillä - kuin elämäntapamittareilla mitaten. Lisäksi tutkimushenkilöt kokivat saaneensa paljon henkisesti ja he kokivat tämän yleisenä mielen virkeytenä interventiovuoden aikana. Tutkimuksessa havaittiin, että toimintamallin alussa, ensimmäisen vuoden aikana, jatkuvat, säännölliset ja tiheästi toistuvat tapaamiset olivat tärkeitä voimaantumisprosessissa ja motivaation ylläpitämisessä. Myös tämän jälkeen toivottiin tapaamisten jatkuvan esimerkiksi puolen vuoden välein. Tällä koettiin olevan tärkeä merkitys voimaantumisen tunteen pysyvyyden kannalta.

Aineistosta ilmeni, että tutkimushenkilöt arvostivat hyvää suhdetta heidän ja tukihenkilön välillä. Tähän ja voimaantumisen käsitteen ymmärtämiseksi myös tukihenkilöt tarvitsevat tulevaisuudessa neuvontakoulutusta. Jatkossa pitää kiinnittää huomiota siihen, että terveydenhuollossa toimii koulutettuja henkilöitä, jotka ymmärtävät, mistä voimaantumisesta on kyse. Tämän näkökulman voisi huomioida mm. apteekkien diabetesyhdyshenkilöiden erityispätevyyskoulutuksessa.

Tämä tutkimus osoitti, että tämänkaltaista apteekkiohjelmaa tarvitaan. Nykyisessä kiireyhteiskunnassa ihmiset arvostavat, jos jollakin on aikaa paneutua yksilöönsä itseensä ja hänen sairautensa hoitoon kokonaisvaltaisesti. Tämä kertoo siitä, että yksilötasolla ihmiset haluaisivat, että sairauksien hoidossa keskitytään laatuun. Tämä johdosta olisikin syytä pohtia, miten tämä toive vastaa tämän hetken yhteiskunnan toimintamalleja, jossa laadun sijaan tavoitellaan vain määrää, mahdollisimman monta potilasta/asiakasta mahdollisimman lyhyessä ajassa. Toteuttamalla tämän työn kaltaista tukiohjelmaa voitaisiin säästää huomattava määrä yhteiskunnan varoja, sillä silloin monen diabeetikon hoito olisi paremmassa hoitotasapainossa ja monilta diabetekseen liittyviltä oheissairauksilta voitaisiin välttyä tai ainakin viivästyttää niiden puhkeamista. Myöskään ennaltaehkäisevän työn merkitystä ei pidä aliarvioida. Viemällä tietoa oikeanlaisten elämäntapojen merkityksestä kuuluvammin mm. riskiryhmille, näkyisi se varmasti pitkällä aikavälillä myös tyypin 2 diabeteksen esiintyvyyden kasvun tasaantumisenä tai jopa vähenemisenä.

Tässä tutkimuksessa menestyneet henkilöt kokivat, että voimaantuminen elämäntapamuutoksiin oli sujunut ilman suuria ponnisteluja. Tämä osoittaa, että kun yksilöllä on halu, kyky ja oikeanlainen konteksti voimaantua oman sairautensa hoitoon, hän pystyy muutokseen. Apteekkikonteksti teki päämäärän saavuttamisen mahdolliseksi ja myös helpommaksi.

6.7 Jatkotutkimukset

Tutkimusaineisto oli osa väitöskirjatyötä varten kerättyä materiaalia. Tästä johtuen koko tutkimusaineisto oli erittäin laaja. Tässä työssä tuosta materiaalista käytettiin vain hyvin pieni osuus. Laaja aineisto antaa hyvän mahdollisuuden tulevaisuudessa jatkotutkimuksille.

Tähän tutkimukseen valittiin apteekkiohjelmassa onnistuneimman voimaantumisprosessin läpikäyneet henkilöt. Sama tutkimus voitaisiin suorittaa analysoimalla ohjelmassa heikoimmin menestyneet. Näin tehdyn tutkimuksen jälkeen voitaisiin suorittaa vertailuja onnistujien ja epäonnistujien välillä ja etsiä seikkoja, miksi joku onnistuu tai epäonnistuu elämäntapamuutosten toteuttamisessa. Lisäksi pitäisi etsiä

keinoja, millä keinoin epäonnistujat pystyttäisiin sitouttamaan oman sairautensa hoitoon. Mielenkiintoinen olisi myös seurantatutkimus näiden nyt analysoitujen henkilöiden kohdalta. Olisi kiintoisaa tietää, mitä heille kuuluu nyt tai muutaman vuoden kuluttua. Ovatko opitut tavat säilyneet, onko sisäinen voimantunne, usko omaan kykyihin hallita sairautta säilynyt ja miten tämä näkyy kliinisissä mittareissa. Myös HTA-analyysi (terveydenhuollon menetelmien arviointi) olisi tärkeä suorittaa toimintamallin vaikuttavuudesta.

Jos ja kun apteekit tällaista tukiohjelmaa alkaisivat toteuttaa laajemmin, niin silloin olisi myös tarpeellista selvittää, mikä on palvelun hinta ja kuka tai mikä taho olisi valmis osallistumaan palvelusta seuraaviin kuluihin. Voisiko esimerkiksi asiakas maksaa tietyn omavastuuosuuden ja Kansaneläkelaitos tai kaupunki tietyn osuuden syntyvistä kustannuksista?

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

1. Vaikka etukäteistietoa sairaudesta oli, ymmärrys ja tietämys diabeteksesta sairautena syveni apteekkiohjelman aikana. Voimaantuakseen huolehtimaan oman sairautensa hoidosta yksilö tarvitsi aikaa, se ei käynyt hetkessä.
2. Diabeetikoilla oli tietoa sairaudesta, sen hoidosta ja siitä, millainen vaikutus elämäntavoilla on sairauteen. Kuitenkin käytännön tasolla jokainen henkilö kaipasi hoitoon ja erityisesti muutosten toteuttamiseen tukea ulkopuoliselta taholta.
3. Voimaantuminen ruokavaliomuutoksiin oli koko vuoden intervention aikana nousujohteinen prosessi. Sen sijaan liikuntatottumusten muuttaminen ei ollut diabeetikoille niin helppoa. Voimaantuminen liikunnalliseen elämäntapaan oli aaltoilevaa.
4. Apteekin rooli ulkopuolisena voimaannuttajana koettiin erityisen keskeiseksi, kun elämäntapamuutoksia ryhdyttiin toteuttamaan. Tukihenkilöltä saatu

positiivinen kannustus ja motivointi koettiin jopa tärkeämmäksi kuin lähipiiriltä saatu palaute. Apteekkitapaamiset loivat oikeanlaisena ympäristön ja ilmapiirin elämäntapamuutoksien toteuttamiseen ja voimaantumisprosessin etenemiseen.

5. Apteekkitapaamiset sosiaalisena tapahtumana paransivat asiakkaan hoitoon sitoutumista. Erittäin tärkeiksi koettiin kahdenkeskiset, rauhallisessa ja luottamuksellisessa ilmapiirissä käydyt keskustelut. Asiakas tunsi, että hänen sairautensa on merkittävä ja, että häntä kohdellaan yksilönä kokonaisvaltaisesti.
6. Asiakkaat kokivat tärkeiksi sekä apteekkitapaamiset että diabeteshoitajan vastaanotot. Tapaamisten sisällöissä ei koettu juurikaan olevan päällekkäisyyksiä. Apteekkitapaamisten eduiksi mainittiin yksilöllinen ohjaus.
7. Ajan kanssa ja konkreettisesti perustellen annettu lääkeneuvonta sitouttaa diabeetikkoa lääkehoitoihin. Erityistä huomiota tulisi kiinnittää preventiivisen lääkityksen merkitykseen diabeteksessa.
8. Käytetyt testit ja mittarit tulee testata laajemman kohdejoukon kanssa, jotta ne ovat ymmärrettäviä ja vastaavat kohderyhmän taitotasoa ja ovat siten luotettavia ja käyttökelpoisia.
9. Tutkimuksessa mukana olleet kokivat olevansa etuoikeutettuja päästessään mukaan ohjelmaan. Kun heiltä tiedusteltiin parannusehdotuksia toimintamalliin, kukaan ei löytänyt parannettavaa. Kaikkien yhteinen kanta oli, että projekti oli hieno ja sitä kannattaisi tulevaisuudessakin jatkaa sekä levittää toimintamallin toteutumista myös muihin apteekkeihin.

KIRJALLISUUSLUETTELO

Absetz P, Valve R, Oldenburg B ym: Elintapainterventiolla saavutettiin osa diabeteksen ehkäisy tutkimuksen tuloksista. Suom Lääkäril 22: 2065–2070, 2008

Adolfsson A, Starrin B, Smide B, Wikblad K: Type 2 diabetic patients' experiences of two different educational approaches – A qualitative study. Int J Nurs Stud 45: 986–994, 2007

Alasuutari P: Laadullinen tutkimus. 3. painos. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 1995

Botomino A, Bruppacher R, Krähenbühl, Hersberger KE: Change of body weight and lifestyle of persons at risk for diabetes after screening and counseling in pharmacies. Pharm World Sci 30: 222–226, 2008

Cranor C, Bunting B, Christensen D: The Asheville Project: Long-term clinical and economic outcomes of a community pharmacy diabetes care program. J Am Pharm Assoc 43: 173–184, 2003

Diabetesliitto: Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000–2010 (DEHKO), 2. painos, Suomen Diabetesliitto ry, Jyväskylä 2004

Eskola J, Suoranta J: Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3. painos. Vastapaino, Tampere 1999

Ford ME: Motivating humans: goals, emotions, and personal agency beliefs. Sage Publications Inc, Newbury Park, 1992

Garrett D, Bluml B: Patient self-management program for diabetes: first-year clinical, humanistic and economic outcomes. J Am Pharm Assoc 45: 130–137, 2005

Haynes RB: Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Baltimore MD, Johns Hopkins University Press, 1979

Heikkilä J, Heikkilä K: Voimaantuminen työyhteisön haasteena. 1. painos. WSOY 2005

Hepler C, Strand L: Opportunities and responsibilities in pharmaceutical care. *Am J Hosp Pharm* 47: 533–542, 1990

Hirsjärvi S, Hurme H: Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Yliopistopaino, Helsinki 2000

Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P: Tutki ja kirjoita. 11. painos. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Jyväskylä 2005

Hämeen-Anttila K, Katajavuori N: Ideasta näyttöön – yhteiskunnallinen lääketutkimus. Gaudeamus, Helsinki 2008

Ikihyvä Päijät-Häme: Ikääntyminen, sosiaaliset tekijät ja hyvinvointi Tutkimus- ja kehittämishanke 2002–2012. Haettu internetistä 18.8.2009: <http://www.palmenia.helsinki.fi/ikihyva/mita.html>

Jokisalo E: Compliance and Patient-perceived Problems in the Treatment of Hypertension. Väitöskirja. Farmaseuttinen tiedekunta, Sosiaalfarmasia, Kuopion yliopisto, Kuopio 2005

Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2/2008. Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008. Helsinki 2008

Keers J, Blaauwwekel EE, Hania M ym: Diabetes rehabilitation: development and first results of a multidisciplinary intensive education program for patients with prolonged self-management difficulties. *Patient Educ Couns* 52: 151–157, 2004

Kiel P J, McCord A: Pharmacist impact on clinical outcomes in diabetes disease management program via collaborative practice. *Ann Pharmacother* 39: 1828–1832, 2005

Knowler W, Barrett-Connor E, Fowler S ym: Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin. *New Engl J Med*: 346:393–403, 2002

Koponen T, Väistö P: Diabeteksen ehkäisyn matkasaarnaaja. *Suom Lääkäril* 23: 2104–2106, 2009

Kotimaiset kasvikset ry: Kasvistesti. Haettu internetistä: 29.11.2009: <http://www.kasvikset.fi/>

Krass I, Armour CL, Mitchell B ym: The pharmacy diabetes care program: assessment of a community pharmacy diabetes service model in Australia. *Diabetic Med* 24: 677–683, 2006

Kylmä J, Juvakka T: Laadullinen terveystutkimus. Edita Prima Oy, Helsinki 2007

Leipätiedotus ry: Saatko tarpeeksi kuitua -testi: Haettu internetistä 29.11.2009: <http://www.leipatiedotus.fi/>

Lincoln Y, Cuba E: *Naturalistic Inquiry*. Sabe Publications, Beverly Hills 1985

Lindstrom J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M ym: Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle intervention: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *Lancet* 368:1673-1679, 2006

McCord AD: Clinical impact of a pharmacist-managed diabetes mellitus drug therapy management service. *Pharmacotherapy* 26(2): 248–253, 2006

Mehuys E, De Polle L, Van Bortel L, Annemans L, Van Tongelen I, Remon J-P, Giri M: Medication use and disease management of type-2 diabetes in Belgium. *Pharm World Sci* 30: 51–56, 2008

Mäkelä M: Jälkihuoltonuorten toiveita ja odotuksia. Opinnäytetyö. Pirkanmaan Ammattikorkeakoulu 2006

Mäkinen A: Voimaantuminen ja vertaistuki ryhmässä, Tulppa-kuntoutukseen osallistuneiden ryhmäläisten kokemuksia kuntoutuksesta. Opinnäytetyö. Metropolia Ammattikorkeakoulu 2008

Mönkkönen K: Vuorovaikutus, dialoginen asiakastyö. 1. painos. Edita Prima Oy, Helsinki 2007

National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE, NHS/UK). Medicines adherence: involving patients in decisions about prescribed medicines and supporting adherence. Jan 2009. Haettu internetistä 30.10.2009: <http://www.nice.org.uk/Guidance/CG76>

New England Healthcare Institute (NEHI). Thinking outside the pillbox. A systems-wide approach to improving patient medication adherence for chronic disease. A NEHI Research Brief August 2009. Haettu Internetistä 30.10.2009: http://www.nehi.net/publications/44/thinking_outside_the_pillbox_a_systemwide_approach_to_improving_patient_medication_adherence_for_chronic_disease

Närhi U: Implementing the philosophy of Pharmaceutical Care into community pharmacy services – Experiences with asthma patients in Finland. Väitöskirja. Kuopion yliopisto, Farmaseuttiset tieteet, Kuopio 2001

Pan X, Li G, Hu Y, Wang J, Yang W, An Z: Effects of diet and exercise in preventing NIDMM in people with impaired glucose tolerance. The Da Qing IGT and Diabetes Study. Diabetes Care 20: 537–544, 1997

Panja S, Starr B, Colleran KM: Patient knowledge improves glycemic control: is time to go back to the classroom? J Invest Med 53(5): 264–266, 2005

Parkkamäki S: Tyypin 2 diabeteksen farmaseuttinen hoito-ohjelma Haukivuoren apteekissa - Hunajajoukon apteekkitreffit. Dosis 19: 245–249, 2003

Parkkamäki S: Haukivuoren hunajaprojekti 2002: Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ja hoidon ohjelma Haukivuoren apteekin ja terveysaseman yhteistyönä. Dosis 20: 162–171, 2004

Parkkamäki S: Tutkimussuunnitelma, Apteekin tuen kehittäminen tyypin 2 diabeteksen hoitoon esimerkkinä Mäntyharjun Havu apteekki. Helsingin yliopisto 2007

Parkkamäki S: Terveiden edistäminen apteekissa, Apteekkien tuki tyypin 2 diabeteksen hoidossa Haukivuorella ja Mäntyharjulla. Luento Suomen Apteekkariliitossa 25.3.2009

Pibernic-Okanovic M, Prasek M, Poljicanin-Filipovic T, Pavlic-Renar I, Metelko Z: Effects on an empowerment-based psychosocial intervention on quality of life and metabolic control in type 2 diabetic patients. Patient Educ Couns 52: 193–199, 2004

Rand CS: Measuring adherence with therapy for chronic diseases: implications for the treatment of heterozygous familial hypercholesterolemia. Am J Cardiol 72: 68D–74D, 1993

Rappaport J: Terms of empowerment/ exemplars of prevention: Towards a theory for community psychology. Am J Commun Psychol 15: 121–148, 1987

Routasalo P, Pitkälä K: Omahoidon tukeminen, opas terveydenhuollon ammattihenkilöille, Suomalainen lääkäriseura Duodecim, Forssan Kirjapaino 2009

Routasalo P, Airaksinen M, Mäntyranta T, Pitkälä K: Potilaan omahoidon tukeminen, katsaus. Duodecim 125: 2351–2359, 2009

Räsänen J: Voimaantumisen mahdollistaminen ja ratkaisut – Yhteiskunnan, yhteisön, ja yksilön valtaistaminen. Suomen Työvalmennusakatemia julkaisu, Järvenpää 2006

Saaranen-Kauppinen A, Puusniekka A: KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto (verkkojulkaisu). Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto (ylläpitäjä

ja tuottaja). Haettu internetistä 20.11.2009:
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/index.html>

Saari J, Bell SJ, Närhi U ym: ”Mitä masennuslääkkeet aiheuttaa ja mitä ne tekee sun pääkopassa?”: Tutkimus masentuneiden lääketiedon tarpeista ja tietolähteistä. Dosis 25: 132–143, 2009

Savikko N, Pitkälä K: Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. Tabu 5: 4-7, 2006

Sigurdardóttir A ja Jonsdóttir H: Empowerment in diabetes care: towards measuring empowerment. Scand J Caring Sci 22: 284–291, 2008

Sigurdardóttir A, Benediktsson R, Jonsdóttir H: Self-care and empowerment in diabetes care: use of instruments in clinical practice – a review. Laeknabladid 95(5): 349–355, 2009

Siitonen J: Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Väitöskirja. Oulun opettajankoulutuslaitos, Oulun yliopisto, Oulu 1999

Smith F: Research Methods in Pharmacy Practice. Pharmaceutical Press, Lontoo 2002

Suomen Sydänliitto ry: Pikatesti rasvan laadusta ja testi suolan saannista. Haettu internetistä 29.11.2009: <http://www.sydanliitto.fi>

Terveystenhuollon menetelmien arviointi yksikkö, Finnish Office for Health Technology Assessment (FinOHTA): Tietoa terveydenhuollon menetelmienarvioinnista: DEHKO-ohjelmalla diabetesongelman kimppuun. Impakti 1:11, 2000

Tuomi J, Sarajärvi A: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 1.-2. painos. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä 2003

Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson J ym: Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. *New Engl J Med* 344: 1343–50, 2001

Turku R: Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Edita, Helsinki 2007

Turunen KE: (1997) Halut, arvot ja valta. Atena Kustannus OY, Jyväskylä 1997

Vadstrup ES, Frølich A, Perrild H, Borg E, Røder M: Lifestyle intervention for type 2 diabetes patients – trial protocol of the Copenhagen type 2 diabetes rehabilitation project. *BMC Public Health* 9: 166, 2009

Vivian EM: The pharmacist's role in maintaining adherence to insulin therapy in type 2 diabetes mellitus. *Consult Pharm* 22(4): 320–332, 2007

Wild S, Roglic G, Green A, Sicree R, King H: Global Prevalence of Diabetes Estimates for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes Care* 27: 1047–1053, 2004

World Health Organization (WHO): pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen -näyttöä toiminnan tueksi. Lääketietokeskus. Helsinki 2003. Haettu internetistä 29.5.2009: http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf

LIITE 1 (1/3)

1: ennen interventiota
jokin arvo puuttuu

2: intervention jälkeen
parhaat

+ :muutos parempaan

- :muutos huonompaan

0: ei muutosta

	Paino 1	Paino 2		HbA1c 1	HbA1c 2		Kol 1	Kol 2		HDL 1	HDL 2		LDL 1	LDL 2	
xx	97	94	+	6,5	7,1	-	4,6	4,6	0	1,3	1,5	+	3,1	2,8	+
xx	90	77	+	6,6	.	.	5	6,4	-	1,5	1,5	0	3	4,5	-
xx	76	75	+	6,5	7,2	-	4,2	3,6	+	1,2	1,5	+	2,3	1,5	+
xx	79	72	+	7,2	7,5	-	3,8	3,1	+	1,2	1,1	-	2,2	1,4	+
xx	108	101	+	9,1	6,9	+	5,5	5,2	+	1,1	1,1	0	3,7	3,2	+
xx	120	100	+	6	6,2	-	2,5	.	.	0,9	.	.	0,5	.	.
xx	119	106	+	6,9	6,3	+	5,6	5,7	-	1,8	1,9	+	3,4	3,5	-
xx	186	182	+	6,6	7,1	-	5,3	4,7	+	1,1	1	-	3,1	3,5	-
xx	80	80	0	6,8	7,4	-	3,8	3,9	-	1	1	0	2,2	2,8	-
xx	94	95	-	7	7,3	-	5,7	4,9	+	1,3	1,3	0	3,4	2,7	+
Tapaus 4	118	107	+	6,7	7,7	-	5,2	3,7	+	1,3	1,1	-	3,7	1,8	+
xx	107	104	+	6,8	6,7	+	3,9	4,1	-	1,1	1,2	+	2	2,5	-
xx	98	106	-	6	6,5	-	3,7	4,5	-	0,9	0,8	-	2,2	2,9	-
Tapaus 2	77	74	+	6,5	6,2	+	5,8	4,3	+	1,2	1,2	0	3,7	2,5	+
Tapaus 3	90	82	+	7,1	6,6	+	3,3	3,3	0	1	1,3	+	1,1	1,7	-
xx	100	103	-	6,5	8,2	-	3,4	3,3	+	0,7	0,7	0	2	2	0
xx	86	89	-	10	7,3	+	6,6	4	+	1,1	1,3	+	4,6	2,5	+
Tapaus 1	86	79	+	6,4	6	+	7,4	5,6	+	1,2	1,5	+	4,3	3,6	+
xx	97	93	+	6,5	6,2	+	5,8	4,4	+	1,2	1,6	+	3,7	2,4	+

LIITE 1 (2/3)

1: ennen interventiota
jokin arvo puuttuu

2: intervention jälkeen
parhaat

+ :muutos parempaan

- :muutos huonompaan

0: ei muutosta

	Trigly 1	Trigly 2		Vyötärö 1	Vyötärö 2		Sys RR 1	Sys RR 2		Dias RR 1	Dias RR 2	
xx	0,5	0,5	0	107	104	+	160	140	+	90	90	0
xx	1	2	-	105	104	+	148	145	+	88	80	+
xx	1,6	1,3	+	94	91	+	110	127	-	72	83	-
xx	1	1,2	-	109	95	+	135	126	+	80	88	-
xx	1,5	2,5	-	120	110	+	136	145	-	82	85	-
xx	2,5	.	.	122	116	+	140	140	0	88	88	0
xx	0,9	0,8	+	105	104	+	161	147	+	79	80	-
xx	2,6	1,6	+	165	160	+	129	130	-	75	75	0
xx	1,6	1,8	-	108	102	+	139	135	+	80	75	+
xx	2	3,1	-	120	120	0	135	137	-	85	88	-
Tapaus 4	2,6	2,3	+	125	120	+	132	127	+	82	80	+
xx	1,7	1,4	+	111	105	+	130	131	-	85	83	+
xx	1,5	2,5	-	.	.	.	.	120	.	.	80	.
Tapaus 2	1,8	1,5	+	110	102	+	156	140	+	100	80	+
Tapaus 3	1,4	1	+	105	94	+	168	140	+	94	85	+
xx	1,5	1,8	-	112	122	-	125	113	+	88	81	+
xx	1,9	1,5	+	96	97	-	160	.	.	100	.	.
Tapaus 1	4,2	1,3	+	109	95	+	132	130	+	80	84	-
xx	1,8	1,5	+	106	109	-	136	141	+	81	88	-

LIITE 1 (3/3)

1: ennen interventiota 2: intervention jälkeen + :muutos parempaan -:muutos huonompaan 0: ei muutosta
jokin arvo puuttuu parhaat

	Rasva 1	Rasva 2		Kuitu 1	Kuitu 2		Kasvis 1	Kasvis 2		Hikoilu- liikunta 1	Hikoilu- liikunta 2		TOTAL	
xx	19	16	-	18	26,5	+	1	2	+	1	1	0	++++	
xx	25	23	-	25	53.5	+	3	3	0	1	1	0		
xx	5	15	+	74.5	48	-	2	1	-	1	4	-	+	
xx	15	18	+	31	29	-	2	2	0	1	2	-	0	
xx	20	21	+	54	38.5	-	3	3	0	3	2	+	++++	
xx	19	.	.	20	.	.	2	1	-	7	7	0		
xx	21	13	-	32	30	-	3	2	-	3	3	0	0	
xx	20	20	0	37	33	-	2	4	+	6	2	+	+	
xx	20	24	+	39.5	46.5	+	2	3	+	3	2	+	+++	
xx	14	.	.	33	39	+	2	3	+	5	3	+		
Tapaus 4	18	23	+	31	30	-	2	3	+	7	1	+	++++++	7
xx	.	.	.	.	.	.	2	3	+	1	2	-		
xx	23	21	-	36	37	+	3	4	+	4	2	+		
Tapaus 2	16	22	+	36,5	34	-	2	3	+	1	1	0	++++++	9
Tapaus 3	18	24	+	29	21,5	-	2	3	+	2	2	0	++++++	7
xx	19	17	-	20	21	+	1	1	0	3	3	0	-	
xx	26	28	+	50	49,5	-	2	4	+	1	2	-		
Tapaus 1	27	25	-	16,5	21,5	+	2	3	+	4	3	+	++++++	9
xx	27	24	-	49	29	-	3	5	+	1	1	0	++++	